

A hand holding a red pen is shown drawing a path through a maze. The maze is composed of black lines on a yellow background. The hand is positioned in the upper left quadrant of the image. The background of the entire cover is a blue maze with a red path being drawn through it.

Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico

Formulación de casos
clínicos en terapia del
comportamiento

Stephen N. Haynes
Antonio Godoy
Aurora Gavino

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

STEPHEN N. HAYNES

PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE HAWÁI

ANTONIO GODOY

CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

AURORA GAVINO

CATEDRÁTICA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

**Cómo elegir el mejor tratamiento
psicológico**
**Formulación de casos clínicos en terapia del
comportamiento**

EDICIONES PIRÁMIDE

Índice

Prólogo

Presentación

Introducción

Parte primera. Formulación de casos clínicos, análisis funcional y diagramas analítico-funcionales

1. Introducción a la formulación de casos clínicos y al análisis funcional

1. El contexto de la formulación de casos clínicos: Problemas al decidir qué tratamiento aplicar
 2. El papel de la formulación de casos clínicos en distintos paradigmas de intervención
 3. Formulación de casos clínicos en terapia de comportamiento
 4. Pros y contras de la formulación de casos clínicos
 5. Introducción al análisis funcional como modelo de formulación de casos clínicos en terapia de conducta
 6. Definición de análisis funcional
 7. El caso de María. Un ejemplo de análisis funcional
 8. Visión general de los componentes del análisis funcional
 9. Características adicionales del análisis funcional
- Resumen

2. Aprendiendo a construir diagramas analítico-funcionales

1. Introducción a los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos (FACCD)
 2. Introducción a los diagramas causales
 3. Elementos de los diagramas causales utilizados en análisis funcional (FACCD)
 4. Ejemplos de Diagramas Analítico-Funcionales de Casos Clínicos (FACCD)
 5. Pros y contras de los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos
 6. Cuantificación del análisis funcional y del FACCD
- Resumen

Parte segunda. Fundamentos conceptuales y empíricos del análisis funcional

3. Los problemas de comportamiento son complejos

1. Visión general de la complejidad de los problemas de comportamiento
2. ¿Por qué nos centramos en los problemas de comportamiento y no en los trastornos?
3. Los pacientes presentan con frecuencia múltiples problemas de comportamiento
4. Los problemas de comportamiento pueden influirse unos a otros
5. Los problemas de comportamiento de un paciente difieren en su importancia
6. Los problemas de comportamiento tienen múltiples modos de respuesta
7. Los problemas de comportamiento tienen múltiples dimensiones
8. Los problemas de comportamiento son condicionales
9. Naturaleza dinámica de los problemas de comportamiento

Resumen

4. Naturaleza compleja de las variables y de las relaciones causales

1. Causas y causalidad
2. Diferentes conceptos de causalidad
3. Condiciones necesarias para inferir relaciones causales en el análisis funcional
4. El papel del clínico en la inferencia causal

Resumen

5. Características de las variables y las relaciones causales en el análisis funcional

1. Causalidad y análisis funcional
2. Las variables causales poseen múltiples características
3. Los problemas pueden depender de múltiples variables causales
4. Una variable puede tener múltiples mecanismos e influencias causales
5. Las relaciones causales de los problemas de comportamiento pueden diferir de una persona a otra
6. Naturaleza dinámica de las variables y relaciones causales
7. Relaciones no lineales
8. ¿Cuáles son los tipos de variables causales más útiles en análisis funcional?
9. Énfasis en las relaciones causales actuales
10. Causalidad ambiental actual y causación bidireccional
11. Los acontecimientos ambientales, situacionales y del contexto y los factores sistémicos como variables causales
12. Atención a los factores sociales sistémicos en análisis funcional
13. Énfasis en las variables causales modificables

Resumen

Parte tercera. Estrategias para el desarrollo de un análisis funcional

6. Desarrollo de un análisis funcional en veintidós pasos

1. Introducción
2. Pasos o fases del análisis funcional

Resumen

7. Evaluación conductual y análisis funcional

1. Análisis funcional y medición
2. Evaluación Conductual y Análisis Funcional
3. Un ejemplo de evaluación conductual aplicado al análisis funcional

Resumen

8. Métodos y estrategias de la evaluación conductual

1. Métodos y estrategias de la Evaluación Conductual
2. Entrevista funcional conductual, cuestionarios y listados
3. Observación análoga conductual (OAC)
4. Observación en ambientes naturales
5. Autorregistros
6. Evaluación psicofisiológica en el laboratorio y el medio natural

Resumen

9. Identificando relaciones causales en evaluación clínica

1. ¿Cómo se identifican las relaciones causales en evaluación clínica?
 2. Derivación racional de relaciones
 3. Cuestionarios causales y atribuciones causales del paciente
 4. Marcadores causales
 5. Aplicación de métodos de evaluación conductual a las series temporales interrumpidas: El uso de la manipulación
 6. Estrategias de medida de series temporales multivariadas
- Resumen de recomendaciones para la aplicación de la evaluación conductual al análisis funcional

Anexos

Anexo I. Modelos alternativos de formulación de casos clínicos en terapia

1. La formulación de casos clínicos desde el acercamiento de solución de problemas
 2. Formulación de casos desde el punto de vista cognitivo-conductual: la propuesta de J. Persons
 3. Formulación de casos clínicos de la terapia dialéctico-conductual
 4. Características comunes de los distintos modelos de formulación de casos clínicos
- Resumen

Anexo II. Casos clínicos de práctica

1. Caso de Juan
2. Caso de Ana María
3. Caso de Ricardo
4. Caso de Guillermo
5. Caso de Juan
6. Caso de Ana María
7. Caso de Ricardo
8. Caso de Guillermo
9. Caso de Noelia

Apéndice. Esquema para la cuantificación del análisis funcional y del FACCD

1. Cálculo de vías causales
2. Los valores relativos de elementos en un FACCD
3. Ventajas de la cuantificación

Referencias bibliográficas

Créditos

Prólogo

Desvelar el enigma

Este libro es una apuesta por desvelar el enigma que lleva intrigando durante siglos a los clásicos y modernos en el campo de la llamada salud mental. Cómo se explica que una persona delire y llegue a oír voces, que se deprima, que se obsesione de manera atormentada e invalidante por pensamientos y recuerdos, que se automutile, que se conmueva por una crisis de pánico hasta el punto de permanecer enclaustrado en casa, que dos o más personas lleguen a enredarse en graves conflictos interpersonales que les pueden ocasionar tanto daño y sufrimiento. De hecho, muchos de estos comportamientos y experiencias eran para Kräpelin un «enigma psicológico» y para Kurt Schneider un intrigante «misterio antropológico», mientras que Vallejo-Nágera los consideraba rotundamente como «incomprensibles psicológicamente». Para muchos, eran y siguen siendo fenómenos «sin causa alguna adecuada».

A los ojos del enfoque psicopatológico, que los despoja de transacción y de función y significado transaccional, no se explican, no se comprenden, carecen de sentido, resultan incomprensibles, enigmáticos. Pero para la hermenéutica del *análisis funcional* no son psicológicamente incomprensibles. El cometido cardinal del análisis funcional, y el libro lo subraya, es justamente hacerlos comprensibles, desvelar y revelar los enigmas, en virtud de la exploración cuidadosa y paciente de las relaciones funcionales que les dan el ser, que son su raíz, que les otorgan significado. De este modo, da luz y disuelve incertidumbres en relación con las preocupaciones de *por qué, por qué a mí y por qué ahora*, que tan a menudo inquietan a las personas que experimentan problemas psicológicos. En este sentido, el libro, que apuesta por los *principios y métodos del análisis funcional*, orienta la formulación clínica del caso y la toma de decisiones respecto a las intervenciones transformadoras que podrán resolver el problema, porque es una herramienta que aporta conocimiento práctico orientado

a la acción. Pero, aún contando con el rigor científico técnico del análisis funcional que el libro pone de manifiesto, los autores nos advierten también, lejos de planteamientos dogmáticos, de la posibilidad de errores y de su carácter hipotético y tentativo, haciendo gala así de la honestidad propia de personas llenas de sabiduría, de competencia académica y muy curtidas en la experiencia clínica.

El análisis funcional es una hermenéutica que se adentra en un mundo complejo, además de enigmático, los problemas de comportamiento, con su magnitud, frecuencia, duración, gravedad, probabilidad y nivel de especificidad funcional variables. Y esta complejidad hace complejas también a la propia hermenéutica del análisis funcional y a una de sus herramientas gráficas, los diagramas analítico-funcionales. Si se tiene en cuenta que muchas personas que demandan ayuda experimentan varios problemas a la vez, que pueden estar más o menos relacionados funcionalmente entre sí, la tarea del análisis funcional se hace más compleja todavía. Por añadidura, al ser los problemas psicológicos experiencias biográficas integrales, están implicadas en ellos, en mayor o menor grado, todas las dimensiones perceptivas, cognitivas, emocionales, ejecutivas y fisiológicas, y el análisis funcional ha de dar cuenta de ellas. El que los problemas de comportamiento tengan además un carácter contextual le otorga al análisis funcional un auténtico valor «ecológico», centrado preferentemente en la ecología de los determinantes actuales de los problemas. El libro no elude toda esta complejidad, sino que la afronta como una condición imprescindible para que la toma de decisiones respecto a las metas de la intervención y a la intervención misma sea verdaderamente pertinente. Por eso, el análisis funcional puede desvelar los enigmas de la naturaleza compleja, condicional y dinámica de los problemas psicológicos, de sus causas y de los complejos y múltiples mecanismos de acción de las mismas, que no pueden, sin embargo, ser desvelados por los sistemas diagnósticos habituales que, como señalan los autores, pueden dificultar la descripción y explicación de las causas de los problemas y la construcción de un análisis funcional válido.

Los autores se centran de lleno en estos problemas de comportamiento, señalando las diferencias que existen entre «problemas de comportamiento» y «trastornos de comportamiento». Centrarse en los trastornos puede dificultar la descripción y explicación de las causas de los problemas, la construcción de un análisis funcional válido y el diseño de una intervención sensible y ajustada a la naturaleza de la experiencia personal de un problema psicológico. Esta apuesta

que los autores hacen podría contribuir al necesario debate clarificador en torno a los inconvenientes del modelo psicopatológico aplicado a los problemas de comportamiento y a sus implicaciones para la *despatologización* de la vida y de los problemas de la vida. Puede contribuir también a hacer un análisis crítico de la arbitraria diferenciación que el sistema diagnóstico DSM establece entre «trastorno mental» y «problema psicosocial», lo que da a entender que a los «trastornos mentales» se les otorga una naturaleza distinta (psicopatológica) de la de los problemas psicosociales, como si no fueran en realidad también sucesos transaccionales y funcionales como lo son las experiencias problemáticas psicológicas y psicosociales.

Para escudriñar los puntos sensibles en los que se producen las relaciones funcionales que dan lugar a un problema de comportamiento, el libro proporciona la guía práctica de los *diagramas analítico-funcionales*. Estos diagramas nos permiten recorrer los caminos de la vida por los que transitan las personas que nos demandan ayuda y en los cuales tienen lugar los acontecimientos y comportamientos integrantes de un problema psicológico. Pero no son meros pictogramas descriptivos, sino herramientas tecnológicas fundamentadas en el acervo conceptual y metodológico más actualizado de la ciencia de la conducta y hasta en las profundas deliberaciones filosóficas de lo que significa la *causa de un problema*. Los profesionales tienen en estos diagramas un excelente recurso para identificar las variables causales o determinantes del problema, la fuerza de estas variables, el foco preciso de la intervención y la evaluación de la magnitud de los efectos de la misma. Además, es un poderoso vehículo de comunicación visual con las personas que experimentan el problema, lo cual fortalece la alianza de trabajo con ellas, y con otros profesionales con los que se comparte la evaluación y la intervención. El valor del libro como *guía práctica* se acrecienta aún más porque describe de manera detallada, con ejemplos de casos clínicos, los 22 pasos con los que despliega la práctica del análisis funcional.

Si una de las metas que ha llevado a los autores a escribir este libro ha sido la de *promover en la formulación de casos clínicos un acercamiento sistemático, científico y conceptual y empíricamente fundamentado*, estamos seguros de que los profesionales que tengan el privilegio de acceder a él podrán alcanzar esta meta, fortaleciéndose de este modo como «científicos del comportamiento», capaces de hacer una evaluación competente y un análisis funcional válido que redunden en intervenciones que ayuden a resolver los problemas psicológicos y a paliar el dolor y el sufrimiento que a menudo conllevan.

Madrid, marzo de 2011.

MIGUEL COSTA CABANILLAS y ERNESTO LÓPEZ MÉNDEZ

Presentación

Un buen psicólogo clínico debe integrar, al menos, tres importantes elementos en su actividad profesional: valores humanos, habilidades clínicas y conocimiento científico. El libro que el lector tiene en sus manos es un magnífico ejemplo de cómo se pueden y deben integrar estos tres elementos en la práctica clínica. Los tres son esenciales para avanzar en la mejora de la eficacia de los tratamientos psicológicos. Tal vez éste sea el principal reto al que se enfrenta la psicología clínica actual. La eficacia de los actuales tratamientos psicológicos está lejos de ser perfecta. Es bien sabido que el porcentaje de pacientes con trastornos psicológicos que no mejoran, incluso con las terapias psicológicas más eficaces, se sitúa en torno al 25 por 100. Pero si a este número añadimos el porcentaje de pacientes que no siguen el tratamiento hasta el final o que no llegan a iniciar el tratamiento —en torno a otro 25 por 100—, entonces el panorama se vuelve preocupante. La eficacia final puede no ser muy distinta de la que se consigue con cualquier tratamiento placebo, sea éste farmacológico o basado en métodos sanadores informales, como el curanderismo, el tarot o la astrología.

Avanzar en la eficacia de los tratamientos psicológicos implica, por una parte, avanzar en el conocimiento de las causas de los trastornos psicológicos, y por otra, saber elegir y aplicar el tratamiento apropiado teniendo en cuenta dichas causas. En muchas ocasiones, el fracaso total o parcial de las intervenciones psicológicas se debe a la complejidad de los problemas psicológicos a tratar y a las múltiples causas que intervienen en su origen y mantenimiento. Saber diseccionar el problema o problemas que sufre el paciente siguiendo un esquema de trabajo que conjugue el conocimiento científico, las habilidades evaluativas clínicas y el respeto al paciente puede ser la clave del éxito o del fracaso terapéutico. Este libro, escrito por los mejores especialistas en el tema, enseña a integrar estos tres elementos y lo hace de forma amena y sencilla, haciendo simple lo complejo, a partir de múltiples casos clínicos que ejemplifican de forma didáctica, paso a paso, cómo llevar a cabo una correcta evaluación funcional de los trastornos psicológicos que ayude a elegir el mejor tratamiento posible.

El esquema de trabajo que propone y enseña a aplicar este libro parte de una

actitud de colaboración y empatía con el paciente, que está fundamentada en principios éticos y que tiene como principal exponente el consentimiento informado y el respeto a los derechos del paciente y a su autonomía personal. El núcleo del esquema de trabajo es una secuencia de pasos para organizar la recogida de información y categorizar los datos en términos de problemas psicológicos, variables explicativas (causales, moduladoras y mediadoras) y relaciones funcionales entre los problemas y las variables, cuantificando la importancia relativa de cada una de ellas y su modificabilidad. Se trata de un modelo de recogida de información que requiere el uso de métodos evaluativos múltiples (como la entrevista, la observación directa, la observación análoga, los autorregistros o los cuestionarios y escalas) y de fuentes múltiples de evaluación (como el propio paciente, los padres, la pareja, los profesores o el personal sanitario), todo ello orientado desde el conocimiento aportado por la investigación científica. El lector encontrará en este libro una guía didáctica para aprender a evaluar casos clínicos fáciles y difíciles integrando de forma magistral los tres elementos que identifican al buen psicólogo clínico: los valores humanos, las habilidades clínicas y el conocimiento científico.

JAIME VILA
Universidad de Granada

Introducción

El psicoterapeuta sabe muy bien que el éxito en el tratamiento de un caso clínico depende de una buena evaluación y de la elección del mejor tratamiento para el problema sobre el que ha de intervenir. Saber sobre qué hay que actuar, en qué orden y cómo hacerlo es la base de una buena intervención clínica.

En muchas ocasiones, el diagnóstico permite elegir las estrategias terapéuticas eficaces para el problema que hay que tratar.

Sin embargo, en la práctica clínica, el terapeuta se encuentra con situaciones en las que se hace muy difícil, si no imposible, aplicar el tratamiento que, en principio, es el más adecuado: aquél cuya eficacia ha recibido apoyo empírico en la investigación (Chambless y Ollendick, 2001; Gavino, 2004; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). ¿Por qué? Veamos algunos ejemplos:

1. En muchas ocasiones, existen varios tratamientos eficaces para intervenir sobre un determinado problema. ¿Cuál elegir?

2. En bastantes casos concretos, nos podemos encontrar con que no es posible aplicar en la práctica el tratamiento que generalmente se recomienda como más eficaz.

Hay ocasiones, pues, en las que una serie de factores ajenos al propio problema hacen que el terapeuta elija un tratamiento distinto del que en general suele recomendarse como más eficaz, porque, aunque puede ser menos efectivo, es más adecuado al caso presente. ¿Por qué? Porque el entorno del paciente, sus características personales, las situaciones en las que se presenta el problema, o cualquier otro factor, hacen muy difícil, si no imposible, la utilización del tratamiento que ha demostrado ser eficaz y que suele recomendarse en los manuales.

Pongamos un ejemplo sencillo. Imaginemos que tenemos tres pacientes que sufren el mismo problema: agorafobia. Sabemos que una técnica efectiva para este trastorno es la exposición en vivo (Chambless y Ollendick, 2001). Sin embargo, pueden ocurrir varias cosas que no permitan utilizarla en alguno de los

tres pacientes. Entre otras, uno de ellos se niega a exponerse a las situaciones temidas, o sencillamente no hay nadie en su entorno que ayude como coterapeuta para aplicar la técnica; otro de los pacientes es reactivo a que se le aplique porque su profesión no favorece dicha exposición (por ser muy conocido o por el cargo que tiene en el trabajo, por ejemplo), o porque alguien cercano a él se niega a que se exponga de esa manera, etc.

El terapeuta suele tener recogidas estas situaciones en la evaluación previa que ha realizado y no parece sensato pasarlas por alto e intentar, contra viento y marea, aplicar un tratamiento que el paciente o sus familiares no admiten o que materialmente resulta inaplicable. Esto es, la exposición en vivo es un tratamiento eficaz de la agorafobia si (y sólo si) resulta realizable. Intentar utilizarlo cuando no es posible hacerlo es, a todas luces, un sinsentido.

Así pues, mientras en uno de los tres pacientes se ha podido usar la exposición en vivo sin mayores trabas, en los otros dos ha sido imposible debido a algunas de las situaciones descritas. Por tanto, hay que plantearse la utilización de otras técnicas, que también suelen ser efectivas aunque, quizá, no tanto. El terapeuta se decide por la desensibilización sistemática en vivo para uno de los otros dos pacientes, de acuerdo a los datos recogidos (por ejemplo, se relaja bien, tiene a alguien en el entorno que le puede acompañar, se siente capaz de realizar los pasos de la jerarquía). Es menos invasiva y también eficaz. Por tanto, en este paciente concreto, probablemente va a ser la técnica más eficaz aplicable. Para el tercero el terapeuta decide que la técnica más adecuada es la desensibilización sistemática en imaginación, ya que, según la información recogida, cualquier intervención en vivo es complicada (por ejemplo, teme que le vean en la calle y que parezca ridículo por su reacción de miedo, o que sea incapaz de hablar con alguien que se pare a saludarlo).

De tres casos, con el mismo diagnóstico, nos encontramos que los datos de la evaluación nos hacen elegir tres técnicas distintas.

3. El terapeuta se encuentra muchas veces en su práctica clínica con problemas que no son trastornos psicopatológicos, sino problemas de la vida cotidiana que generan a las personas inconvenientes, malestar profundo, ansiedad, etc. ¿Qué aplicar? No hay un diagnóstico (ya que no hay un trastorno psicopatológico), sino un conjunto de datos sobre uno o varios problemas (v.g., en el trabajo, en las relaciones de pareja o familiares, etcétera).

4. En ocasiones, el problema que se le presenta al terapeuta no está encuadrado en ningún trastorno psicopatológico de los que describen los manuales (DSM, CIE). El clínico se ve obligado a generar estrategias de acuerdo a la información que los datos de la evaluación le indican, ya que no hay un tratamiento o conjunto de estrategias estandarizadas que se hayan demostrado eficaces.

5. Los psicólogos no sólo tratan problemas de personas individuales, sino que intervienen en grupos humanos, como son los centros de autismo, los hospitales psiquiátricos, los centros geriátricos, etc., y su intervención es fundamentalmente para resolver problemas grupales.

Así pues, la situación actual en psicología clínica con respecto a los tratamientos se puede resumir de la siguiente forma: 1) hay trastornos para los que existen varios tratamientos de eficacia demostrada y la tarea del terapeuta consiste en decidir cuál de ellos aplicar, si es que todos son aplicables al caso presente; 2) hay trastornos para los que únicamente existe un tratamiento eficaz y la tarea del terapeuta ha de ser la de idear cómo aplicarlo; 3) hay trastornos que aún carecen de un tratamiento eficaz y, por tanto, hemos de encontrar una estrategia de intervención que resulte adecuada y probablemente eficaz con nuestro paciente; 4) hay problemas que no se encuadran dentro de ningún trastorno, o que no constituyen trastorno aun cuando sean tremendamente molestos o indeseados, y en los que el terapeuta debe igualmente diseñar una estrategia que permita hacerles frente.

Este libro pretende ayudar al psicólogo clínico a elegir el mejor tratamiento entre los posibles y, una vez elegido, a idear cómo aplicarlo a su paciente particular. Para ello, es imprescindible saber llevar a cabo la formulación del caso clínico.

Se presentan aquí dos tipos de información, ambos necesarios para la adecuada elección o diseño del tratamiento más apropiado en cada caso. Por una parte, trataremos cómo se ha de llevar a cabo la *formulación del caso clínico*. Esto es, cómo se ha de representar y combinar la información disponible de tal forma que nos señale qué se debe tratar (o en qué orden hay que intervenir sobre los distintos problemas presentados por el paciente), cómo se debe tratar y qué resultados cabe esperar. Por otra parte, trataremos *qué información debe recogerse y cómo hay que hacerlo*. Dado que existen multitud de modelos

teóricos en psicología clínica que pretenden explicar el surgimiento y mantenimiento de los problemas clínicos, una parte importante de la información a recabar varía según el modelo teórico elegido. Al no ser materialmente posible (ni útil) exponer todos estos modelos teóricos y las implicaciones que conllevan para la evaluación, se ha optado por ceñirnos a uno de ellos: el modelo conductual-cognitivo del análisis funcional. Así pues, en este libro hacemos referencia a uno de los modelos posibles, el del análisis funcional.

Sin embargo, hay que destacar que la parte relacionada con la combinación de la información, o formulación del caso clínico, se puede aplicar a cualquier tipo de información de cualquier modelo teórico.

Nuestra propuesta, pues, consiste en lo siguiente: si el diagnóstico de los problemas del paciente permite elegir un tratamiento que se sabe que es eficaz, y dicho tratamiento resulta aplicable, debe utilizarse ese tratamiento. En este caso la evaluación puede limitarse a recoger y combinar la información necesaria para realizar el diagnóstico y para determinar de forma concreta cómo se debe utilizar dicho tratamiento en nuestro paciente particular. Así pues, el problema estratégico a que ha de enfrentarse el terapeuta queda limitado a lograr un buen diagnóstico y a elegir el tratamiento con apoyo empírico señalado por la investigación (véase Chambless y Ollendick, 2001). Los problemas tácticos a solucionar consisten en idear la forma en que dicho tratamiento puede emplearse de la manera más conveniente posible en el paciente concreto a tratar en cada caso.

Si ningún tratamiento con apoyo empírico resulta aplicable, o no existe dicho tipo de tratamiento, o el problema a tratar no constituye un trastorno clínico (como ocurre con frecuencia con muchos problemas de la vida diaria), conviene realizar una formulación clínica del caso que permita averiguar con precisión qué problemas deben tratarse, en qué orden y de qué forma. En este caso, la evaluación ha de explorar con detenimiento la naturaleza y características de los distintos problemas del paciente y la interrelación entre ellos, sus causas y la interrelación de las mismas, así como los efectos deseados que se quieren producir y los efectos indeseados que se quieren evitar. Para realizar estas tareas resulta inevitable utilizar algún tipo de guía teórica que señale cómo pueden clasificarse los problemas del paciente, qué causas son las más probables, y cómo pueden modificarse dichas causas para producir los resultados deseados y evitar los indeseados. Así por ejemplo, el llanto frecuente, las rumiaciones negativas y los trastornos del apetito y del sueño podrían catalogarse como «depresión mayor» desde un cierto punto de vista; como un funcionamiento

irregular de determinados neurotransmisores desde otro; como consecuencia de un «programa de extinción generalizado» desde un tercero; como efectos de la «pérdida del objeto amoroso», etc. Esto es, desde la perspectiva del terapeuta, los modelos teóricos y los conocimientos empíricos previos sirven como guías para clasificar los problemas que presenta nuestro paciente, para buscar otros posibles problemas asociados (v.g., los trastornos comórbidos más frecuentes), para saber qué causas suelen producirlo o en qué tipo de condiciones suele presentarse, así como qué cabe esperar si se aplica determinado tipo de tratamiento. En estos casos, pues, las decisiones estratégicas que ha de tomar el clínico van a depender fundamentalmente de la teoría y de los conocimientos empíricos que aplique. Sólo mediante su utilización le será posible elegir o diseñar un tratamiento psicológicamente razonable. Es en este último tipo de situaciones (cuando no existen tratamientos con apoyo empírico a los que recurrir) donde la formulación del caso adquiere más importancia y donde puede servir de guía del proceso de intervención, incluyendo decisiones de evaluación y de tratamiento.

En cualquier caso, tanto si existe un tratamiento eficaz disponible para el diagnóstico dado como si no hay diagnóstico o no existe tal tratamiento o éste no resulta aplicable, la formulación del caso puede guiar las decisiones tácticas sobre la mejor forma de llevarlo a la práctica en las circunstancias particulares de nuestro paciente.

En resumen, pues, la finalidad de la formulación clínica del caso que proponemos no es la de encontrar qué tratamiento se podría aplicar en principio a nuestro paciente. Si nos es posible usar un diagnóstico para el que existe un tratamiento eficaz fácilmente utilizable, no vale la pena dedicar el tiempo y el esfuerzo que la formulación clínica del caso requiere. Sin embargo, cuando no es posible hacer esto, la formulación clínica sirve para idear cuál es el **mejor** tratamiento que se puede emplear con nuestro paciente concreto y **cómo** conviene aplicarlo dadas sus circunstancias particulares.

El presente libro consta de tres partes, dos anexos y un apéndice. En la parte primera describimos en qué consiste la formulación de casos clínicos y cómo se la puede representar de forma útil mediante diagramas. Cómo cuantificar los elementos de estos diagramas se describe en el apéndice, al final del libro. Recomendamos la lectura de esta parte a todo tipo de lectores, especialmente el capítulo 2, que es el más novedoso y que resume una de las partes más importantes de nuestra propuesta de actuación clínica. Por su parte, los que se

dedican a la investigación del proceso clínico y los que supervisan y adiestran a terapeutas más noveles en sus actuaciones con casos clínicos complejos, quizá puedan obtener ideas útiles tanto de la lectura del capítulo 2 como de la del apéndice.

La parte segunda resume nuestras ideas sobre la naturaleza altamente compleja de los problemas clínicos y de las variables causales que los afectan. Es esta naturaleza compleja la que justifica que hayamos elegido el análisis funcional como modelo de formulación de casos clínicos. Otros modelos de formulación de casos, dentro del marco cognitivo-conductual (el más difundido entre los psicólogos de nuestro país), aparecen en el anexo I. Tanto lo expuesto en la parte segunda como la información del anexo I resultarán familiares a los terapeutas cognitivo-conductuales, especialmente si poseen una larga experiencia clínica.

La parte tercera desarrolla estrategias para construir un análisis funcional y para representarlo mediante diagramas que sean de utilidad para decidir sobre qué variables clínicas resulta más conveniente aplicar el tratamiento. En el primer capítulo de esta parte (capítulo 6) exponemos el proceso a seguir en la realización de un análisis funcional. En los dos capítulos siguientes describimos cómo recabar la información necesaria sobre los problemas clínicos y sus posibles causas. En el último capítulo (el 9) reseñamos algunas estrategias para averiguar si existe relación entre una o más variables supuestamente causales y los problemas del paciente. Creemos que lo expuesto en este último capítulo también resulta novedoso para cualquier tipo de lector, ya que, en contra de lo que suele ser frecuente, no deja el establecimiento de las causas del problema del paciente al «buen entender» del terapeuta. Aunque no todas las estrategias para averiguar las relaciones de los problemas del paciente con sus causas son igualmente aplicables en la práctica clínica ordinaria, esperamos que alguna de las descritas sea aplicable y resulte de utilidad en cada uno de los pacientes concretos en que tiene sentido realizar una formulación clínica del caso.

En última instancia, esperamos que este libro sea de utilidad a los clínicos (y futuros clínicos) para hacerse una idea precisa de lo que le ocurre a cada uno de nuestros pacientes, y para representarla de tal forma que nosotros como terapeutas y él mismo, como principal interesado, logremos ver con claridad qué le ocurre, por qué le ocurre y qué habría que hacer para solucionar su problema y mejorar su calidad de vida.

University of Hawaii at Manoa

ANTONIO GODOY y AURORA GAVINO

Universidad de Málaga

PARTE PRIMERA

Formulación de casos clínicos, análisis funcional y diagramas analítico-funcionales

En esta parte primera describiremos en qué consiste la formulación de casos clínicos, así como sus pros y sus contras. A continuación propondremos el análisis funcional como un modo conveniente de hacer formulaciones de casos y pondremos un ejemplo clínico para que sirva de ilustración de los conceptos utilizados y de la forma de operar en la práctica. Por último, en el capítulo 2, expondremos cómo representar gráficamente la formulación de casos clínicos y las ventajas que ello conlleva en comparación con otras maneras de representarlos.

1

Introducción a la formulación de casos clínicos y al análisis funcional¹

En este primer capítulo discutiremos los problemas a que se enfrentan los clínicos al decidir cuál es el mejor tratamiento para su paciente². Veremos cómo muchos pacientes presentan problemas múltiples que interaccionan entre sí y que poseen causas muy diferentes.

Propondremos el análisis funcional como un modelo de formulación de casos clínicos útil para describir y explicar los problemas de comportamiento del paciente y para guiar las decisiones del clínico.

1. EL CONTEXTO DE LA FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS: PROBLEMAS AL DECIDIR QUÉ TRATAMIENTO APLICAR

La formulación clínica del caso va destinada a ayudar al terapeuta a decidir cuál es la mejor intervención posible.

Una de las tareas más desafiantes que afrontan todos los clínicos (psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeros y demás trabajadores de la salud mental) es la de diseñar el mejor plan de intervención posible. Planificar una intervención para personas con problemas de comportamiento es difícil por muchas razones.

Primero, la mayoría de pacientes presentan múltiples problemas de comportamiento y el terapeuta debe decidir, de entre varias metas de intervención posibles, cuáles son las más importantes.

En segundo lugar, a menudo las intervenciones intentan cambiar aquellos

factores que causan los problemas psicológicos, pero puede suceder que haya muchos, por lo que la tarea se convierte en casi imposible de abordar.

Tercero, los pacientes difieren unos de otros en aspectos importantes de su vida diaria. Así, pueden diferir en sus relaciones conyugales, su salud física, las dificultades que están experimentando en su vida, su formación cultural, o su situación económica. Todos estos factores pueden afectar el tipo de intervención que podría ser más efectivo o en qué medida va a funcionar una determinada intervención.

Cuarto, pacientes con el mismo problema de comportamiento pueden diferenciarse bastante en las características concretas de dicho problema. Por ejemplo, las personas con «trastorno de ansiedad generalizada» (DSM-IV-TR, APA, 2000) pueden diferenciarse en el grado en que experimentan inquietud, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular o trastornos del sueño. En algunos casos, las causas y, por tanto, la mejor intervención, pueden ser diferentes dependiendo de si, por ejemplo, la característica más importante es el trastorno del sueño o la dificultad de concentración.

Quinto, hay a menudo múltiples estrategias de intervención con apoyo empírico para un determinado problema de comportamiento. Esto es particularmente verdad en la terapia conductual y cognitivo-conductual³, donde muchas estrategias de intervención aplicables a un determinado problema del comportamiento pueden haber recibido apoyo empírico⁴.

Sexto, a veces los mejores tratamientos disponibles son ineficaces con un paciente concreto y debe idearse un nuevo plan de intervención.

Séptimo, en ocasiones los pacientes no mantienen las ganancias terapéuticas a lo largo del tiempo.

Dados los múltiples problemas que suelen presentar los pacientes, la diferente forma de presentarse un mismo problema en distintas circunstancias, la multiplicidad de causas que pueden desencadenar y afectar dichos problemas, la posibilidad de que el tratamiento fracase, aun cuando se haya aplicado el mejor tratamiento conocido, y las muchas estrategias de intervención con apoyo empírico disponibles, el desafío para el terapeuta es seleccionar la estrategia de intervención que se espera que tenga la máxima *magnitud de efecto* para un paciente determinado.

La formulación clínica del caso va destinada a apoyar al terapeuta en la toma de esta difícil decisión. Por ello, la formulación clínica del caso es uno de los

resultados más importantes de la evaluación preintervención, ya que constituye un sistema integrado de juicios e hipótesis clínicas sobre las características de los problemas y metas de un paciente, las relaciones funcionales⁵ entre ellos y las variables que afectan dichos problemas y la obtención de dichas metas.

La formulación de casos es una integración de los datos (e inferencias) de la información recogida durante la evaluación clínica del paciente y que sirve al terapeuta como guía para tomar la mejor decisión de intervención posible en un contexto clínico realmente difícil (Graña, 2005).

Dicho todo lo anterior, hay que matizar, sin embargo, que a pesar de que es un elemento importante en el proceso de evaluación-intervención, la formulación clínica del caso es sólo uno de los muchos factores que se considerarán al tomar decisiones clínicas. Otros factores suelen ser los siguientes: *a)* las limitaciones de tiempo del terapeuta o del paciente; *b)* el coste del tratamiento; *c)* las habilidades y la orientación teórica del terapeuta⁶; *d)* la resistencia a la intervención de la familia del paciente; *e)* lo aceptable que sea el plan de intervención para el paciente; *f)* las directrices del centro o institución donde trabaja el clínico, o *g)* el nivel de cooperación de los agentes de cambio (v.g., profesores, miembros del personal, etc.).

2. EL PAPEL DE LA FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN DISTINTOS PARADIGMAS DE INTERVENCIÓN

Este libro se centra en la formulación de casos clínicos en terapia de conducta. Aunque el papel de la formulación clínica del caso en la toma de las decisiones de intervención varía según los modelos teóricos, lo que se expone a lo largo del libro resulta aplicable en muchos modelos distintos. Por ejemplo, si un terapeuta funciona sobre todo desde un marco conceptual centrado en el paciente, en la persona, rogeriano o humanista, la estrategia de intervención consistirá sobre todo en proporcionar un apoyo empático y reflexivo, así como una relación paciente-terapeuta abierta que facilite la autoexploración, el crecimiento emocional, la autocomprensión y autorrealización del paciente. Aunque el contenido de las sesiones de terapia diferirá en función de los asuntos planteados por el paciente, la misma estrategia se va a utilizar con todos, tanto si son ansiosos, deprimidos, tienen un trastorno alimentario, o están experimentando pensamientos intrusos o

dificultades conyugales.

De forma semejante, la terapia de la gestalt consiste sobre todo en un conjunto de estrategias para aumentar en el paciente la consciencia de sus pensamientos y sensaciones, especialmente conforme van ocurriendo durante la relación terapéutica. El propósito de la terapia en muchos problemas es identificar y quitar bloqueos psicológicos internos, históricamente generados, de tal modo que el paciente pueda llegar a realizarse en el contexto de su vida cotidiana.

La tarea de planificación del tratamiento del terapeuta centrado en la persona y del gestáltico suele ser menos complicada, ya que a menudo no se recoge información pretratamiento (v.g., muchos terapeutas gestálticos creen que la evaluación pretratamiento mina la relación paciente-terapeuta y dificulta el progreso terapéutico). Por ello, no se enfrentan a la necesidad de integrar información, a veces conflictiva, de múltiples fuentes e instrumentos, sobre múltiples problemas de comportamiento, múltiples variables causales y relaciones funcionales, así como de seleccionar mecanismos de tratamiento que coincidan con los mecanismos causales identificados durante la evaluación. Por ello, pueden reaccionar a los asuntos planteados por el paciente en cada sesión⁷.

Nosotros nos centramos en la terapia del comportamiento, utilizada por muchos clínicos de nuestro medio. A pesar de ello, insistimos, la formulación de casos y el análisis funcional que proponemos se pueden aplicar a las terapias de diferentes corrientes.

Otros modelos cognitivo-conductuales de formulación de casos clínicos pueden verse en el anexo I.

3. FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN TERAPIA DE COMPORTAMIENTO

Para los terapeutas de muchas corrientes teóricas, incluyendo la conductual, la dificultad de la formulación de casos clínicos es bastante mayor. Incluso un problema aparentemente concreto, como la dificultad para iniciar y mantener el sueño, puede resultar de diversas combinaciones de muchas variables causales y puede prestarse a múltiples estrategias de intervención.

Las dificultades al dormir pueden proceder de las características del ambiente en que se duerme, del dolor, de la interrupción del ritmo circadiano, de las más o

menos frecuentes «cabezaditas» que se echan a lo largo del día, de la medicación que se toma, de la dieta, del uso de alcohol o drogas, de pensamientos rumiativos cuando se está en la cama, de cambios hormonales, de elevados niveles de activación fisiológica, de condicionamiento aeróbico, o de experiencias aversivas asociadas con el dormitorio. El terapeuta puede elegir diversas estrategias de intervención (v.g., entrenamiento en relajación, ejercicios de respiración, tratamiento de control de estímulos, modificación de la toma de medicación, cambios graduales en los ciclos de sueño-vigilia) dependiendo de las variables causales más importantes para el problema de sueño de un paciente en particular⁸.

Una complicación de las tareas de formulación del caso es la alta probabilidad de que un paciente que busca ayuda para un problema de sueño también esté experimentando problemas de estado de ánimo deprimido, ansiedad, pánico, pesadillas, malestar en el matrimonio, dificultades de la vida, o empleo de drogas, todo lo cual puede afectar el sueño, estar afectado por éste, y relacionarse de varias formas con otras variables causales.

En la terapia conductual (uno de los modelos de intervención con más apoyo empírico), las estrategias de intervención difieren según su grado de ajuste a los pacientes individuales. En algunos modelos conductuales, la intervención es semejante para todos los pacientes con el mismo problema de comportamiento. Un ejemplo de esto sería un programa de intervención estandarizado de 12 semanas para niños con trastornos de ansiedad que consista fundamentalmente en exposición, desensibilización y técnicas de autoinstrucción.

Las estrategias conductuales de intervención para un problema específico pueden basarse en el mismo modelo, y aun así diferenciarse, según los pacientes, en su aplicación específica. Por ejemplo, una estrategia de tratamiento para disminuir el comportamiento autolesivo en niños con discapacidades puede acentuar el papel de las contingencias de respuesta en el mantenimiento del problema. Las intervenciones pueden ser conceptualmente similares, puesto que intentan manipular contingencias de respuesta, o sustituir comportamientos menos adaptativos por comportamientos más adaptativos, pero pueden diferenciarse dependiendo de si se considera que el comportamiento está siendo mantenido por refuerzo positivo (v.g., atención) o por refuerzo negativo⁹ (v.g., retiro de una situación desagradable).

4. PROS Y CONTRAS DE LA FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Aunque discutiremos este asunto en mayor profundidad en capítulos posteriores, una formulación clínica del caso puede requerir muchas horas de trabajo por parte del paciente y del terapeuta. Una pregunta razonable sería, pues, si los posibles beneficios que pueda lograr el paciente cuando se desarrolla una formulación clínica del caso compensan el tiempo y el esfuerzo requeridos. ¿Vale realmente la pena tanto esfuerzo? ¿Tiene sentido emplear tanto tiempo en la formulación de un caso? Una respuesta corta es: *No siempre, pero sí a menudo*.

Efectivamente, como ya hemos comentado más arriba, la meta de la formulación clínica del caso es aumentar la magnitud de los efectos positivos de la intervención. Sin embargo, algunas intervenciones para algunos problemas de comportamiento son ya razonablemente eficaces¹⁰.

Por ejemplo, se ha encontrado en la evaluación posintervención que la terapia cognitivo-conductual (CBT, por sus iniciales en inglés: *Cognitive Behaviour Therapy*) es superior a la ausencia de tratamiento y a tratamientos alternativos (tamaño del efecto medio = 1,09 y 0,71, respectivamente) en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, sólo en torno al 50 por 100 de los pacientes que recibieron CBT en estos ensayos controlados mejoraron hasta ponerse al nivel de las muestras no ansiosas. Estos datos sugieren que hay factores causales adicionales que están afectando las respuestas de ansiedad de estas personas y que no se están tratando en los programas estandarizados, o que existen variables moderadoras que habría que tener en cuenta.

5. INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS FUNCIONAL COMO MODELO DE FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN TERAPIA DE CONDUCTA

Existen varios modelos de formulación de casos clínicos que han mostrado su eficacia y su utilidad para determinados trastornos y para problemas clínicos en general (véase anexo I). No obstante, como hemos indicado anteriormente, nosotros nos centraremos en el análisis funcional.

6. DEFINICIÓN DE ANÁLISIS FUNCIONAL

Un análisis funcional es la identificación de relaciones funcionales importantes, controlables, causales y no causales, aplicables a determinados comportamientos específicos de un individuo (Haynes y O'Brien, 1990; 2000).

Como los otros modelos de formulación de casos clínicos presentados en el anexo I, el análisis funcional es un modelo de trabajo dinámico e hipotético que propone el clínico sobre los problemas de comportamientos de un paciente, las metas de intervención, las variables que afectan y son afectadas por los problemas del paciente y sobre las características y relaciones funcionales más importantes de estas variables.

Hay varios aspectos importantes en esta definición del análisis funcional:

1. El análisis funcional enfatiza las *relaciones funcionales* específicas, para un paciente individual, de los problemas entre sí y con sus variables causales. Es decir, el análisis funcional se centra fundamentalmente en la relación que guardan entre sí los problemas de un paciente en particular, así como en las relaciones entre dichos problemas y sus causas. Estas relaciones funcionales *idiográficas* (esto es, que se dan en un paciente particular y que no tienen por qué ser iguales en otros pacientes) pueden ser causales o no causales, pero se hace hincapié en las *relaciones causales* porque son especialmente relevantes para el diseño de intervenciones.

2. Por consideraciones de utilidad clínica y parsimonia, el análisis funcional únicamente destaca los problemas de comportamiento, las variables causales y las relaciones funcionales *importantes*. En el análisis funcional, el interés se centra en los factores causales que, presumiblemente, mantienen relaciones más fuertes con el problema del paciente y, por tanto, se espera que al cambiarlos, se obtendrán mayores beneficios.

3. El análisis funcional enfatiza las variables causales *controlables*, es decir, aquellas que el clínico va a poder cambiar de hecho. Muchas variables causales importantes para los problemas del paciente (v.g., derrames cerebrales, factores genéticos, discapacidades o experiencias vitales traumáticas pasadas) no se pueden modificar fácilmente (aunque a menudo procuremos aliviar sus

consecuencias o secuelas, o ayudar a los pacientes a aumentar sus habilidades para afrontar estas variables inmodificables).

4. Los análisis funcionales son *idiográficos*, esto es, ajustados a un paciente individual. Probablemente existen diferencias importantes en los análisis funcionales de pacientes con el mismo problema de comportamiento. Esto contrasta con los modelos nomotéticos (v.g., aquellos que pretenden ser aplicables a todos los pacientes con un mismo diagnóstico) de los trastornos del comportamiento¹¹. No obstante, estos modelos nomotéticos aplicados a un trastorno de comportamiento pueden sugerirle al clínico hipótesis de posibles variables causales y relaciones funcionales que podrían estar actuando en su paciente.

5. Los métodos y los conceptos del análisis funcional no tienen límites. Aunque hacemos hincapié en las variables y métodos de evaluación con apoyo empírico y utilidad clínica, el análisis funcional no se restringe a una clase particular de variables o de métodos de evaluación, siendo aplicable en el contexto de muy diferentes acercamientos clínicos. Por ello, los problemas y las variables causales a las que se atiende pueden ser de tipo fisiológico, cognitivo, motor y ambiental. De igual forma, las relaciones funcionales se pueden estimar de muy distinta forma: mediante manipulación experimental (cuando se presenta o retira una supuesta variable causal), mediante estrategias de evaluación de series temporales multivariadas (cuando se evalúan múltiples variables de forma repetida y se atiende a su relación trans-temporal), mediante autoobservación (cuando se registra la actividad física a lo largo del día), o mediante métodos de autoinforme (v.g., entrevistas o cuestionarios).

7. EL CASO DE MARÍA. UN EJEMPLO DE ANÁLISIS FUNCIONAL

Vamos a presentar un caso clínico, María, para ilustrar los componentes, las características y los métodos propios del análisis funcional¹². Este caso aparecerá de nuevo en el siguiente capítulo cuando ya hayamos descrito una importante herramienta para representar nuestra formulación del caso: los diagramas funcionales.

Dado que la validez de la formulación clínica de un caso depende de la validez de las medidas sobre las que se basa, en el siguiente caso explicamos la lógica seguida al elegir y utilizar los métodos de evaluación empleados para recoger los datos del análisis funcional.

Remisión y objetivos de la evaluación inicial

María Sánchez, casada, de 38 años de edad y con domicilio en Málaga, fue remitida a consulta externa psicológica debido a que no avanzaba de forma adecuada con el programa de terapia estandarizado que le habían aplicado durante 10 días en régimen de hospitalización psiquiátrica. María ha estado viendo semanalmente a un terapeuta durante seis meses. Recientemente la han ingresado en el hospital debido a que, en varias ocasiones, ha comentado ideaciones suicidas a su marido y al terapeuta.

El objetivo principal de las primeras sesiones de evaluación que se tuvieron con ella fue especificar los problemas y las metas del tratamiento¹³, así como identificar las posibles interrelaciones entre dichos problemas. Esta información resulta necesaria porque ayuda al terapeuta a elegir la mejor estrategia de evaluación y resulta esencial para el diseño del programa de intervención más efectivo.

Una meta importante de todas las sesiones de evaluación es la de establecer y mantener una relación positiva con el paciente. El clínico suele llevar esto a cabo mediante entrevista centrada en el paciente, con preguntas abiertas, reflexiones sobre el comportamiento, y comentarios empáticos y de ánimo, al mismo tiempo que discute con él qué pretende evaluar, cómo lo va a evaluar y por qué necesita evaluarlo. En estas primeras sesiones, el clínico también suele intentar identificar posibles circunstancias que probablemente van a dificultar el proceso de evaluación.

Autoinformes de problemas del comportamiento

Durante las entrevistas semiestructuradas iniciales, María informa de sentimientos crecientes de tristeza, fatiga y somnolencia excesivas, aumento del apetito y falta de energía durante los diez meses anteriores. Asegura que sus síntomas depresivos han empeorado recientemente y que los conflictos con su marido, Pedro, han aumentado, teniendo lugar varias veces por semana. Tras estas peleas con el marido, con frecuencia se siente profundamente deprimida y se encierra en su habitación, a menudo durante varias horas, o incluso durante el día entero.

El estado de ánimo deprimido de María se caracteriza por sentimientos de culpa sobre su papel de madre y esposa, trastornos del sueño, preocupación por posibles problemas y fracasos futuros, y por una disminución de su actividad física. Manifiesta que, durante sus episodios depresivos, le cuesta mucho levantarse de la cama y, a veces, se pasa el día entero viendo la televisión, comiendo o durmiendo en su habitación. Cuando se siente capaz de salir de casa y se ocupa de lo que considera como sus deberes de madre y de ama de casa, experimenta una cierta mejoría en sus síntomas depresivos y sentimientos de culpa. También dice que, con frecuencia, se siente más deprimida por la tarde-noche.

Cuatro meses antes de su primera visita con nosotros, y debido al empeoramiento de sus síntomas depresivos, María había abandonado su trabajo de auxiliar administrativo en una gestoría. En el trabajo se sentía cansada, con dificultades para concentrarse y había comenzado a faltar uno o dos días por semana.

Manifiesta que tiene dificultades para atender y cuidar de su hijo, Javi, de ocho años. También Javi ha faltado al colegio algunos días (uno o dos por semana) en los últimos meses, debido a que

María ha sido incapaz de prepararlo por las mañanas. Javi se ha ido haciendo cada vez más desobediente y testarudo en casa, gritando con frecuencia a su madre, desoyendo e incluso negándose abiertamente a hacer lo que se le manda y manifestando rabietas cotidianas.

María manifiesta, además, estar cada vez más preocupada por su marido a causa de la bebida. Muchas peleas y discusiones con él se centran en el dinero que Pedro gasta en el bar y en cómo el alcohol está influyendo en su conducta con María y con Javi. Después de estas peleas, María suele sentirse culpable y se queda dándole vueltas y pensando sobre su inhabilidad como madre y esposa. Desde hace varias semanas, estos pensamientos repetitivos y sentimientos de culpabilidad han llegado a ser tan fuertes que María ha comenzado a tener pensamientos suicidas. Debido a ellos, la internaron en una residencia psiquiátrica, de la que había salido una semana antes de la primera entrevista con nosotros. Después de salir de la residencia psiquiátrica, María no ha vuelto a tener ese tipo de pensamientos, aunque sus síntomas depresivos siguen siendo suficientemente graves como para impedirle llevar una vida aproximadamente normal.

Metas personales para el tratamiento

Las metas de María para el tratamiento son las de sentirse menos deprimida, tener una mejor relación con su marido, mejorar su sueño, disfrutar más de las actividades cotidianas (por ejemplo, tener mejor relación con Javi, tenerle menos pavor a las tareas domésticas, aumentar sus actividades lúdicas y pasar más tiempo con las amigas, y más tiempo de disfrute con su marido), y ser capaz de continuar con el trabajo fuera de casa. También le gustaría ser físicamente más activa, volviendo a hacer footing varias veces por semana.

Cuestionarios

La información obtenida en las entrevistas iniciales se suele utilizar para decidir cómo debe seguirse con el proceso de evaluación. Como se dice en el capítulo 8, es más probable que los juicios clínicos sean válidos cuando se derivan de varios métodos de evaluación (v.g., entrevistas estructuradas y semiestructuradas, cuestionarios, autorregistros y observaciones del comportamiento en situaciones análogas o naturales), múltiples instrumentos (v.g., más de un cuestionario sobre la depresión), y cuando se atiende a múltiples modos de respuesta (v.g., comportamiento, pensamientos, emociones). Basándonos en la información recogida en estas entrevistas, se le pidió a María que rellenara varios cuestionarios. Debido a que decía tener un estado de ánimo deprimido frecuente y profundo y haber tenido conductas suicidas en el pasado, se le administró el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) y la Escala de Ideación Suicida (SSI, Beck, Kovacs y Weissman, 1979). También se le pasó la versión revisada del Inventario de Satisfacción Conyugal (MSI-R; Snyder, 1997), así como la Escala de Ajuste Diádico (DAS; Hunsley, Best, Lefebvre y Vito, 2001) para evaluar su satisfacción con la pareja. Por último, se le pasó el Cuestionario de Patrones de Comunicación (CPQ; Christensen, 1987) para averiguar su estilo de comunicación durante las riñas con el marido.

Autoobservación

Los clínicos conductuales entienden que los pacientes pueden comportarse de forma diferente en situaciones y contextos diferentes, y que el proceso de evaluación puede conllevar fuertes *efectos reactivos*¹⁴. Por ejemplo, el proceso de observar sus discusiones puede afectar, la forma en que una pareja discute sus problemas. Con frecuencia, también estamos inseguros del grado con que los datos obtenidos en las sesiones clínicas son representativos de la conducta de los pacientes en su ambiente natural. Por ello, los clínicos suelen utilizar métodos de evaluación

destinados a adquirir datos en el medio natural. Además, durante la observación en el medio natural podemos utilizar autorregistros y otros métodos ambulatorios de evaluación.

Los autorregistros diarios y métodos ambulatorios de evaluación

Se han utilizado en bastantes estudios para recabar en tiempo real datos sobre las emociones y el estado de ánimo diarios (Ebner-Priemer, 2007; Linehan et al., 2008; Stone, Smyth, Pickering, y Schwartz, 1996), las relaciones de pareja (Laurenceau, Barrett y Rovine, 2005) o las relaciones familiares (Cummings, Goeke-Morey, Pap y Dukewich, 2002). Los *diarios electrónicos* emplean PDA¹⁵, que son ordenadores del tamaño de la palma de la mano utilizados para registrar comportamientos o sucesos específicos, tales como ciertas actividades, estados de ánimo, riñas con la pareja o ingesta de bebida. En nuestro caso, María utilizó un PDA de su propiedad para registrar durante una semana su estado de ánimo varias veces al día, así como su patrón de sueño y su actividad física diaria. Para realizar autorregistros, sin embargo, no es necesario disponer de medios electrónicos sofisticados, y la mayoría de clínicos lo que suelen utilizar es un lápiz y un simple papel en el que se ha dibujado una tabla en cuyas casillas la persona debe anotar los comportamientos que se quieren registrar. El único requisito que requiere un buen autorregistro es que el paciente sea capaz de anotar con precisión y facilidad lo que se pretende evaluar.

El registro de sucesos contingentes

Puede proporcionar medidas de la conducta, los pensamientos y los sentimientos de un individuo cada vez que ocurre un determinado suceso. Dado que María había informado de conflictos en su matrimonio, se le pidió que respondiera en el PDA a una serie de cuestiones sobre los acontecimientos, experiencias y sentimientos que precedían y seguían a estos conflictos¹⁶. Además, para complementar las medidas de autoinforme de su patrón de sueño, el clínico le pidió a María que se pusiera un actígrafo¹⁷ durante la noche para medir los movimientos nocturnos, que correlacionan con las etapas del sueño (Haynes y Yoshioka, 2007; Tryon, 2006).

Inicio de la evaluación de la pareja e inspección de los registros

Debido a que María estaba preocupada por su relación de pareja y pensaba que los conflictos matrimoniales agravaban sus problemas, el clínico le sugirió que le pidiera a su marido que la acompañara a la siguiente sesión. También le dijo que le trajera los informes que tenía de los médicos de la clínica donde hacía poco había recibido cuidados y el que le había hecho el terapeuta al que había acudido durante seis meses. Estos informes permitieron recabar información adicional sobre María, indicando una historia de depresión y suicidio en su familia. Pero, como suele ocurrir con frecuencia, los informes se centraban en describir sus síntomas, dando un diagnóstico, pero no describían las relaciones funcionales asociadas a sus problemas.

Evaluación de pareja

El clínico entrevistó a María y a su marido, primero conjuntamente y después por separado. Los objetivos eran: a) identificar los problemas conyugales de la pareja y sus causas; b) establecer las metas del tratamiento en lo tocante a su vida en común; c) evaluar los posibles problemas de Pedro (posible bebida y otros), y d) continuar explorando las relaciones funcionales entre la depresión de María, los comportamientos de cada uno por separado y los problemas de pareja. Se hicieron entrevistas individuales, además de la realizada conjuntamente a los dos, porque la investigación al

respecto sugiere que las entrevistas conjuntas reducen la validez de los autoinformes de asuntos «sensibles», tales como los problemas sexuales o de violencia doméstica¹⁸. En la entrevista conjunta se le preguntó a la pareja sobre los problemas en su relación, las metas que se planteaban como matrimonio y su compromiso para mantener la unión. Además, los datos obtenidos con el PDA se descargaron en el ordenador del clínico, revisándose la información recogida sobre los conflictos conyugales y el estado de ánimo de María.

La entrevista con la pareja reveló que Pedro había estado consumiendo recientemente bastante cantidad de alcohol (v.g., 3 o 4 whiskys) cada noche. Pedro, cuando bebe, a menudo (3-5 veces por semana) critica de forma repetitiva y en voz elevada el papel de María como madre y esposa, y le echa en cara que no aporte ingresos. La revisión del registro de María sobre sus interacciones conyugales revela que la pareja había mantenido cinco peleas durante la semana anterior y, tal como había informado María, estas riñas precedían a menudo el empeoramiento de su estado de ánimo y sus comportamientos depresivos. Las peleas estaban relacionadas, bien con la bebida de Pedro, bien con sus quejas sobre la incapacidad de María de mantener limpia la casa, de preparar las comidas y de atender a su hijo.

Pedro también había comenzado a gritarle a Javi en numerosas ocasiones porque era desobediente o porque jugaba «de forma demasiado bestia», en palabras de Pedro. María temía que el comportamiento de su marido con Javi pudiera convertirse cada vez en más agresivo, aunque la verdad es que nunca le había pegado. Pedro estaba de acuerdo en que Javi estaba siendo agresivo, que no prestaba atención y que mostraba un comportamiento negativista, tanto en el colegio como en casa. Sus profesores habían amenazado con hacerle repetir curso debido a su «inadaptación social» y a su incapacidad para atender y para terminar sus tareas escolares.

Observación conductual análoga¹⁹ de la interacción de la pareja

La evaluación conductual hace un fuerte hincapié en la observación directa del comportamiento por parte del terapeuta. Además, tanto los investigadores como los clínicos han utilizado a menudo métodos de observación para evaluar la interacción conyugal (véase Gottman y Notarius, 2000, para una revisión). Debido a que María y Pedro habían manifestado tener desacuerdos frecuentes sobre sus problemas de relación, el clínico realizó dos observaciones análogas de diez minutos cada una en las que la pareja intentaba solucionar sus problemas conyugales. De esta forma pretendía identificar las posibles habilidades y problemas de comunicación entre ambos²⁰. Primero se les pidió que representaran una situación en la cual Pedro había estado bebiendo fuera y había llegado tarde por la noche. En la segunda observación análoga, se le pidió a la pareja que hablara sobre cuál era la mejor forma de afrontar los problemas de comportamiento de Javi en la escuela. Las interacciones de la pareja se codificaron mediante el Sistema de Codificación de la Interacción Conyugal (MICS; Weiss y Summers, 1983). De acuerdo con lo indicado por Heyman, Eddy, Weiss y Vivian (1995), los códigos de observación se agruparon en las cuatro categorías siguientes: hostilidad, discusión constructiva del problema, estado de ánimo, y atribución de la responsabilidad. Durante las observaciones análogas, Pedro y María mostraron mucha hostilidad y poca discusión constructiva del problema, poca discusión sobre la responsabilidad o culpa y un estado de ánimo bastante bajo.

Cuestionarios para los problemas de comportamiento de la pareja y del hijo

Mientras se realizaban las sesiones individuales de entrevista con cada miembro de la pareja, el otro rellenaba los cuestionarios. Debido a que hay estudios que han encontrado que el abuso de alcohol se relaciona con la perpetración de violencia conyugal (v.g., Murphy y O'Farrell, 1994), se le pidió a Pedro y María que, independientemente, completaran la Escala 2 de Tácticas de Conflicto

(CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) para evaluar acontecimientos que podrían estar ocurriendo durante sus rencillas. Pedro también relleno el DAS, el MSI-R y el CPQ para recopilar más información sobre la relación de pareja. Además, María y su marido rellenan por separado la *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) para proporcionar su visión de los problemas de comportamiento de Javi y, por último, una escala de apoyo social (la Escala de Apoyo Social Percibido-Revisada, PSSS-R; Blumenthal et al., 1987).

Entrevista con María

Se le preguntó sobre su estado de ánimo y sus sentimientos de culpabilidad. Debido a que María había obtenido una puntuación de depresión severa en el BDI-II y una puntuación media en el SSI, se decidió centrar la entrevista en sus síntomas depresivos, los antecedentes y consecuentes de dichos síntomas, y las posibles variables mediadoras y moderadoras de sus cambios de estado de ánimo²¹.

Los datos obtenidos de los autorregistros con el PDA revelaron que María había experimentado cierta variabilidad diurna en su estado de ánimo durante la semana anterior. Mostraban que sus valoraciones del estado de ánimo eran perceptiblemente más bajas después de las 5 de la tarde que por la mañana. Se le preguntó también sobre sus patrones de sueño y de actividad física. Los datos del sueño obtenidos con el actígrafo revelaron que María tardaba en dormirse unos 68 minutos y que permanecía en la cama una media de 10.3 horas por noche (una medida de la «eficiencia» de sueño). El actígrafo también reveló un período distinto de dos horas cada tarde (es decir, de 15 a 17 horas) durante el cual permanecía en cama y su nivel de actividad era muy bajo. María había tenido muy poca actividad física durante la semana anterior. Sus datos del diario mostraron que había tres días de la semana durante los que no había salido de casa y en los que no había tenido prácticamente actividad alguna. Se le pidió que continuara relleno el diario en el PDA y utilizando el actígrafo.

Entrevista con Pedro

Durante la entrevista individual, Pedro, de 40 años y también de Málaga, indicó que recientemente se encontraba bajo mucha tensión y con muchas horas de trabajo dirigiendo el restaurante de la familia. Varios empleados estaban llegando tarde al cambio de turno. En respuesta a estas dificultades, había comenzado a permanecer fuera hasta tarde después del trabajo y a beber con algunos amigos. El que bebiera había sido fuente de rencillas recientes en la pareja.

Se le entregó a Pedro el *Short Michigan Alcohol Screening Test* (SMAST; Selzer, Vinokur y Van Rooijen, 1975) para determinar la gravedad de su posible problema de bebida. Para obtener una medida de la bebida diaria en su ambiente natural, se le pidió que registrara el número y el tipo de bebidas alcohólicas que consumía cada día, su carga de trabajo diaria y su nivel de tensión, para identificar las situaciones y los disparadores asociados a la bebida y a las rencillas conyugales.

Información sobre Javi

Una estrategia importante de la evaluación conductual es la de obtener información sobre el comportamiento de un individuo a través de fuentes múltiples y en situaciones distintas. Esto refleja el hecho de que distintas fuentes tienen experiencias diferentes con el paciente y que sus problemas de comportamiento y sus relaciones funcionales pueden variar mucho según el contexto, así como que cada tipo de fuente suele conllevar sus propios sesgos y errores. Por ello, además de obtener información sobre Javi de Pedro y María, a través de cuestionarios y entrevistas, el clínico contactó con su profesora para obtener información sobre su comportamiento en el ambiente

escolar.

Durante la entrevista telefónica, la profesora informó que, a lo largo de los últimos meses, Javi había manifestado una conducta más agresiva, negativista y de falta de atención, que estaba empeorando su rendimiento escolar y deteriorando sus relaciones sociales con otros niños. La profesora informó de que Javi a menudo (1-2 veces al día) empujaba a los otros niños o intentaba quitarles los juguetes o el material escolar. Además, con frecuencia, Javi no era capaz de terminar sus tareas escolares y a menudo se mostraba indisciplinado. Por ello, también con frecuencia se le expulsaba de clase, lo que parecía tener poco efecto en su comportamiento.

La profesora también precisó que Javi había faltado al colegio (13 días) en los últimos dos meses. Sus faltas de asistencia estaban afectando su rendimiento escolar, por lo que pensaba que iba a tener que repetir curso. La profesora estuvo de acuerdo en pedirle al profesor en prácticas que había en su clase que, durante una semana, cada dos horas registrara los comportamientos agresivos de Javi, su comportamiento mientras realizaba las tareas escolares y sus interacciones positivas y negativas con los compañeros²². La profesora también rellenó el CBCL referido al comportamiento de Javi en el colegio.

A lo largo de las siguientes sesiones, Pedro y María rellenaron semanalmente cuestionarios breves que se habían construido ad hoc con los ítems más pertinentes de los cuestionarios previamente administrados (cuestionario de satisfacción conyugal para ambos, cuestionario de depresión para María, y cuestionario de bebida para Pedro). También se les pidió que trajeran a Javi con ellos a la sesión siguiente.

Metas y revisión de datos

Las metas de las siguientes sesiones de evaluación fueron: a) continuar concretando la forma, las secuencias y el contexto de los problemas conyugales de Pedro y María; b) reunir datos sobre los problemas y metas individuales de ambos miembros de la pareja, y c) concretar la forma y las relaciones funcionales relevantes en los problemas de comportamiento de Javi.

Junto con Pedro y María, se revisaron los resultados de los cuestionarios de pareja que habían rellenado ambos durante las sesiones anteriores. En el MSI-R, la pareja puntuaba alto en malestar general y desacuerdos sobre la economía familiar, los deberes domésticos de cada uno y sobre la crianza del hijo. La pareja puntuaba bajo en las escalas de comunicación afectiva, comunicación sobre solución de problemas, y tiempo compartido. La información obtenida de los CPQ indicaba un estilo de comunicación caracterizado por la percepción de altos niveles de exigencia, de aislamiento, y de evitación. La pareja tenía una percepción negativa sobre la comunicación constructiva y sobre las demandas de la mujer (acompañadas del retraimiento del marido). Los resultados del CT2 mostraban que Pedro y María manifestaban altos niveles de agresión psicológica. En contraste, ambos esposos puntuaban cero o muy bajo en agresión física, lesiones y coerción sexual, así como en las subescalas de negociación del CT2. Pedro y María puntuaban a nivel de malestar en las cuatro subescalas del DAS (cohesión, satisfacción, consenso, y expresión de afectos).

Una revisión de las interacciones de pareja de los diarios de Pedro y María mostraba que habían tenido cuatro peleas durante la semana anterior, todas relacionadas con la llegada a casa de Pedro después de beber y el empeoramiento del estado de ánimo de María. Después de estas peleas, generalmente María se deprimía y se metía en la cama, mientras que Pedro seguía enfadado y se bebía un último whisky mientras veía la tele. La pareja no hacía referencia a estas riñas a la mañana siguiente, manteniéndose ambos enfurruñados. En la PSSS-R, María puntuaba muy bajo en apoyo social por parte de la familia, de los amigos y de las personas cercanas.

Problemas del comportamiento de Javi e interacciones padres-hijo²³

Tal como se les había pedido, Pedro y María trajeron a Javi con ellos a la siguiente sesión. El clínico revisó los resultados de los CBCL que Pedro, María y el profesor de prácticas de Javi habían rellenado para proporcionar una estimación de la frecuencia y de la severidad de los problemas de comportamiento del niño en casa y en la escuela. Tanto Pedro como María describían comportamientos de Javi que caían dentro del rango clínico de la subescala de problemas de atención del CBCL. La información del profesor indicaba que los comportamientos de Javi caían en el rango clínico en problemas de atención, problemas sociales, gamberrismo, y subescalas de agresión del CBCL.

Se le preguntó entonces a la pareja sobre las relaciones funcionales entre la bebida de Pedro y la depresión, los problemas de pareja y los problemas de comportamiento de Javi. El clínico preguntó sobre las situaciones y el contexto en los que era más o menos probable que Javi presentara problemas de comportamiento, cómo respondían ellos ante esos problemas, cómo respondían a sus comportamientos positivos, y cuáles eran sus atribuciones sobre sus comportamientos negativistas y de falta de atención.

María atribuía los problemas de Javi en la escuela a la bebida del padre y a la inestabilidad financiera de la familia, mientras que Pedro creía que los problemas del hijo eran una reacción a la falta de atención y de disciplina de María durante sus episodios depresivos. La pareja también manifestó que a menudo Javi se encerraba en su habitación o tiraba sus juguetes después de que el padre le gritara. La pareja generalmente dejaba a Javi solo tras estos episodios, que con frecuencia ocurrían en medio de sus propios conflictos matrimoniales.

Observaciones análogas del comportamiento de las interacciones padres-hijo²⁴

Dadas las preocupaciones por los problemas de Javi, el clínico quería observar su comportamiento y sus interacciones con sus padres. Por ello, durante la sesión con los tres, el clínico realizó observaciones análogas de la atención de Javi a las tareas escolares y del comportamiento agresivo durante las interacciones con sus padres. La primera observación clínica análoga consistió en colocar a Javi en un ambiente académico simulado (es decir, un escritorio y su libreta) y pedirle que hiciera deberes escolares durante 10 minutos. El comportamiento de Javi se codificó como comportamiento centrado en la tarea o fuera de la tarea. Los resultados de la primera observación análoga indicaron que Javi dedicó a la tarea el 25 por 100 de la sesión de observación.

La segunda observación análoga era un juego dirigido por los padres y una situación de «trabajo» en la que primero se invitó a Pedro y María a jugar con Javi durante 10 minutos a lo que el niño quisiera y, después, intentar que Javi guardara los juguetes en una caja. El clínico recopiló datos cualitativos sobre Javi y las interacciones padres-hijo (v.g., cómo respondieron los padres de Javi a sus comportamientos positivos o desobedientes). El comportamiento de Javi fue catalogado, bien como obediencia, bien como comportamiento agresivo. Javi era obediente al 45 por 100 de las peticiones de sus padres y mostró una acción agresiva al tirar un juguete con fuerza (los padres no reaccionaron cuando tiró el juguete). Durante la situación de «juego», los padres no hicieron ningún comentario positivo ni mantuvieron contacto físico positivo con Javi.

Evaluaciones adicionales y retroalimentación

El clínico se reunió de nuevo individualmente con Pedro y María. Los registros de autoobservación y los datos ambulatorios de evaluación se descargaron y repasaron independientemente con Pedro y con María. Los datos del sueño obtenidos del actígrafo y de la autoobservación revelaron que, durante la semana anterior, María había tardado en dormirse una media de 65 minutos y había permanecido en la cama una media de 10,1 horas por noche, despertándose frecuentemente (6-15 veces, es decir, «una puntuación baja en eficiencia del

sueño»). Estos patrones de sueño no eran muy diferentes de los de la semana anterior. Ni tampoco había cambios significativos en el nivel de actividad de María.

Puesto que Pedro había puntuado con un nivel alto en el SMAST, el clínico centró la entrevista en la bebida de Pedro y en explorar sus problemas en el trabajo. Según los datos obtenidos en los registros de Pedro, éste había consumido entre 2 y 4 whiskys por noche durante la semana anterior. La revisión de su nivel diario de carga de trabajo y de tensión registrado indicaba que Pedro bebía menos (es decir, un promedio de 2 whiskys) los días en que sus niveles de estrés eran más bajos que los días en que eran más altos. Todas las noches que la pareja había tenido problemas conyugales eran las noches en que Pedro había estado bajo mucha tensión en el trabajo y había consumido una cantidad grande (4 o más whiskys) de alcohol antes de volver a casa.

Se le pidió a la pareja que continuara los registros diarios de sus conflictos, el estado de ánimo de María, y la bebida de Pedro; a María se le pidió que continuara utilizando el actígrafo. También se le pidió a ambos que registraran diariamente el grado de comportamientos agresivos y negativistas de Javi durante la semana siguiente.

Como resumen del análisis funcional se puede decir que María presentaba estado de ánimo deprimido, bajos niveles de actividad física, preocupación, sentimientos de culpabilidad y empeoramiento de muchas de sus actividades normales. Además, su estado de ánimo deprimido afectaba, y estaba siendo afectado por las interacciones estresantes con su marido y su hijo. Las discusiones frecuentes con Pedro solían conducir a un empeoramiento del estado de ánimo de María, que a su vez aumentaba los conflictos entre ella, su marido y su hijo. El déficit en habilidades de solución de problemas conyugales, los problemas económicos, y el estrés laboral y la ingesta de alcohol de su marido también eran factores que contribuían a empeorar el estado de ánimo de María.

Durante los períodos en que Pedro bebía más, en parte en respuesta a los problemas del trabajo y del hogar, la situación económica de la familia se degradó aún más, lo que, a su vez, aumentó la frecuencia de las discusiones y el nivel de malestar de la pareja. El aumento de conductas agresivas y negativistas de Javi dependía de la inhabilidad de crianza de sus padres (v.g., prestaban poca atención a su comportamiento, tanto positivo como negativo, y eran poco consistentes en sus respuestas)²⁵.

De acuerdo con la formulación preliminar del caso, se acordó con Pedro y María cuál sería el plan de tratamiento, tanto individual como de familia. María convino en continuar con su tratamiento individual para la depresión. Después de discutir y revisar las opciones de tratamiento disponibles para él, Pedro decidió apuntarse a un programa antiabuso de sustancias para reducir su consumo de alcohol. Pedro y María acordaron continuar con sus registros diarios de autoobservación. Se decidió comenzar una terapia de pareja para tratar sus problemas de relación, y de terapia familiar para ayudarles a reducir los problemas de comportamiento de Javi y a incrementar los aspectos positivos en sus relaciones familiares.

8. VISIÓN GENERAL DE LOS COMPONENTES DEL ANÁLISIS FUNCIONAL

Hay 17 componentes del análisis funcional (la mayoría de los cuales se pueden observar en el análisis funcional del caso de María) que describiremos brevemente a continuación (en el capítulo 6 los trataremos con más detenimiento). Todos los componentes contribuyen a la meta principal del análisis funcional:

estimar la magnitud relativa del efecto²⁶ del tratamiento sobre los problemas del paciente (o sobre el logro de las metas de la intervención) que se produciría al modificar cada una de las variables causales.

Los principales componentes del análisis funcional son los siguientes:

1. *Los problemas de comportamiento del paciente y los objetivos de la intervención* (v.g., el problema de «estado de ánimo deprimido» o el objetivo de aumentar las relaciones sociales en el caso de María). En el análisis funcional, el objetivo final viene dado por los principales problemas de comportamiento del paciente o por sus objetivos con la intervención. El análisis funcional puede incluir problemas y objetivos múltiples y se puede caracterizar por diversos modos de respuesta (v.g., pensamientos, acciones, emociones) y dimensiones²⁷ (v.g., tasa, intensidad, gravedad).

2. *La importancia relativa de los problemas de comportamiento y de los objetivos del paciente.* La mayoría de los pacientes tienen múltiples problemas de comportamiento, cada uno con un grado de importancia diferente. La «importancia relativa» de un problema de comportamiento puede reflejar el riesgo de que el paciente se haga daño a sí mismo o a otros, el grado de malestar personal experimentado por el paciente u otros, o su importancia subjetiva (para el paciente o las personas que lo rodean, el terapeuta u otros) (véase el capítulo 6). En el caso de María, nótese la diferencia que ella establece entre estos dos problemas: estado de ánimo deprimido (más importante para ella) y actividad social disminuida (menos importante).

3. *La forma de las relaciones funcionales entre los problemas del paciente.* Los problemas de comportamiento de un paciente pueden *a)* no tener relación funcional alguna entre sí; *b)* relacionarse entre sí, aunque no de forma causal (es decir, están solamente correlacionados), y *c)* tener relaciones causales unidireccionales, o *d)* bidireccionales. Como diremos más adelante, las relaciones causales bidireccionales (es decir, las relaciones causales recíprocas) son particularmente importantes para establecer el foco de la intervención, ya que los cambios en una variable con el tiempo terminarán afectando a ambas variables.

4. *La fuerza de las relaciones funcionales entre los problemas.* La fuerza de

una relación entre variables se corresponde con la magnitud del efecto o grado en que el cambio en una variable conduce al cambio en la otra.

5. *Los efectos producidos por los problemas de un paciente.* Muchos problemas de comportamiento producen importantes secuelas (efectos sobre la vida laboral, social, legal, médica o familiar del paciente o de otras personas). Los efectos de los problemas son componentes importantes de un análisis funcional, ya que influyen en la magnitud total del efecto cuando la intervención se dirige contra una variable determinada. Por ejemplo, la agresión física de un niño puede dañar a sus iguales y hermanos, aumentar el malestar conyugal entre sus padres, incrementar el aislamiento social del niño, interferir con su funcionamiento académico y conducir a su expulsión del colegio. Dirigir el tratamiento, pues, contra la agresión produce múltiples efectos beneficiosos, tanto directos como indirectos.

6. *Variables causales.* Un punto central del análisis funcional es la identificación de variables causales sociales o ambientales actuales importantes en los problemas de un paciente. Existen muchas clases de variables causales (véanse los capítulos 4 y 5), aunque el análisis funcional hace especial hincapié en los acontecimientos ambientales, las situaciones, el contexto, las contingencias de respuesta y los comportamientos antecedentes inmediatos, así como en las variables cognitivas antecedentes y consecuentes, ya que se ha demostrado que funcionan como factores desencadenantes o mantenedores en muchos problemas del comportamiento.

7. *La modificabilidad (utilidad clínica) de las variables causales.* Como hemos dicho, las variables causales se diferencian en el grado en que resultan clínicamente útiles. Esto es, en el grado en que pueden modificarse durante el tratamiento.

8-9. *La forma y la fuerza de la relación funcional entre las variables causales y los problemas de comportamiento.* Las relaciones causales con los problemas de comportamiento difieren en su fuerza y en su direccionalidad, en si la relación causal adquiere una forma unidireccional o bidireccional.

10-11. *La forma y la fuerza de las relaciones entre variables causales.* Las variables causales pueden influirse más o menos unas a otras, así como de forma

unidireccional o bidireccional.

12-15. *Tipos adicionales de variables y relaciones causales.* Las variables causales también pueden ser moderadoras, mediadoras e hipotéticas. Las *variables moderadoras* afectan la fuerza de la relación entre otras dos variables; las *variables mediadoras* explican «cómo» o «a través de qué vías» una variable causal afecta a un problema de comportamiento; las *variables causales hipotéticas* son variables causales potenciales y supuestas, inferidas pero no observadas, cuya medida se propone, o que vienen sugeridas por los resultados encontrados en investigación. Las *relaciones causales interactivas* indican que la magnitud del efecto depende de las interacciones entre dos o más variables causales. Por ejemplo, la interacción de los estresores ambientales con la predisposición genética ejemplifica una relación causal interactiva, a un nivel bajo de especificidad.

16. *Cadenas de variables causales.* Los problemas de comportamiento son a menudo el punto final (o una parte) de cadenas de variables causales y otros problemas de comportamiento. Las cadenas pueden incluir acontecimientos ambientales y comportamientos del paciente. Estas cadenas son elementos importantes del análisis funcional, ya que pueden indicar posibles puntos de intervención.

17. *Dirección de las relaciones funcionales.* Dos variables pueden estar positiva o negativamente relacionadas. Están positivamente relacionadas cuando el incremento en una variable produce un incremento en la otra. Están negativamente relacionadas cuando el incremento en una variable produce una disminución de la otra. De la misma forma, las variables moderadoras pueden estar relacionadas de forma positiva o negativa.

9. CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DEL ANÁLISIS FUNCIONAL

Aunque en el capítulo 7 ampliaremos esta introducción y discutiremos otras características importantes del análisis funcional, de momento destacaremos únicamente algunas:

1. Debido a nuestras limitaciones para medir las variables y relaciones causales y los problemas del comportamiento, así como por las limitaciones impuestas por las capacidades cognitivas y los sesgos de los clínicos, *el análisis funcional siempre incluye errores y debe considerarse, por tanto, como algo hipotético y tentativo.*

2. *El análisis funcional no es exclusivo.* Un análisis funcional válido no descarta otros análisis funcionales válidos e importantes para los problemas de un paciente.

3. El análisis funcional es *dinámico*. Los componentes del análisis funcional pueden cambiar a lo largo del tiempo.

4. Un análisis funcional tiene *validez limitada*. Es decir, es válido sólo para un determinado conjunto de situaciones. La validez de un análisis funcional es condicional y puede estar limitada a factores tales como determinadas situaciones, estados del paciente o dimensiones de los problemas de comportamiento.

5. Los análisis funcionales pueden diferir en su nivel de *especificidad*, dependiendo de cómo se vayan a utilizar.

6. El análisis funcional *integra resultados* de la investigación nomotética y de la evaluación clínica del paciente.

7. Un análisis funcional puede incluir sistemas sociales extensos, ya que variables lejanas, espacial o temporalmente, pueden ser causas importantes de los problemas de un paciente (véase el paso 19 en el capítulo 6).

8. El análisis funcional es compatible y congruente con un acercamiento clínico de tipo constructivista y orientado a metas.

RESUMEN

La evaluación clínica pretratamiento es un componente importante del proceso de intervención, estrechamente ligado a los programas individualizados o idiográficos a través de la formulación clínica del caso, constituida por una serie de juicios clínicos integrados y relevantes para la intervención sobre un paciente determinado.

El análisis funcional, que se solapa fuertemente con otros modelos de formulación de casos, puede definirse como «la identificación de relaciones funcionales importantes, controlables, causales y no causales, aplicables a los comportamientos específicos de un individuo». El análisis funcional enfatiza las relaciones causales importantes, controlables y relevantes para los problemas de comportamiento de un paciente en particular. Es una formulación clínica del caso en la que pueden utilizarse muy distintos métodos de evaluación, cuyos datos se integran con los resultados de la investigación nomotética.

El análisis funcional consta de varios componentes. Entre éstos: a) los problemas de comportamiento del paciente y/o las metas de intervención y su importancia relativa, sus secuelas y sus interrelaciones; b) la importancia, modificabilidad e interrelación de las variables causales presentes, sociales y ambientales, antecedentes y consecuentes; así como c) la actuación de variables moderadoras, mediadoras e hipotéticas, y de cadenas causales.

El análisis funcional incluye diversos tipos de relaciones funcionales y constituye la mejor concepción que el clínico puede formarse del paciente sobre la base de multitud de juicios clínicos. Un análisis funcional válido no descarta la posibilidad de otros análisis funcionales válidos. Todo análisis funcional tiene una validez temporal limitada, puede formularse a diversos niveles de especificidad y es válido únicamente bajo ciertas circunstancias. Un análisis funcional es una integración de datos nomotéticos e idiográficos y puede incluir sistemas sociales extensos. Es congruente con, y favorece, un acercamiento clínico constructivista orientado a metas.

NOTAS

1 Partes de este capítulo proceden de Haynes (1988, 1992, 1995); Haynes y Kaholokula (2007); Haynes, Kaholokula y Yoshioka (2008); Haynes y O'Brien (1990, 2000); Haynes, Pinson, Yoshioka y Kloezeman, (2008); Haynes, Richard y O'Brien, (1996); Haynes, Spain y Oliveira, (1993); Haynes y Williams, (2003); Haynes y Wu-Holt (1999); Haynes, Yoshioka, Kloezeman y Bello (2009); Kaholokula, Bello, Nacapoy y Haynes (2009); Snyder, Heyman y Haynes (2009).

2 Empleamos el término «intervención» en lugar de «terapia» porque el foco y los métodos de la intervención con frecuencia son más generales que los de la terapia. Las intervenciones pueden dirigirse a cambiar los pensamientos, los comportamientos o las emociones de un paciente, pero también a cambiar sistemas más amplios, tales como aulas de clase, unidades psiquiátricas, familias extensas, sistemas de supervisión de tratamiento, o políticas administrativas.

3 A partir de aquí utilizaremos la expresión «terapia conductual» para referirnos en general a una serie de terapias que, en particular, suelen denominarse conductuales, cognitivo-conductuales, cognitivas y analítico-conductuales.

4 Véanse, por ejemplo, Farmer y Chapman (2002); Perkins, Conklin, y Levine (2008); en castellano pueden verse Pérez, Fernández, Amigo y Fernández (2003), y el número 3 del volumen 13 de *Psicothema* (2001).

5 Entenderemos que se da relación funcional entre dos o más variables (v.g., tasa, frecuencia, intensidad, nivel de gravedad, etc.) cuando entre las mismas exista varianza compartida; esto es, cuando se encuentren estadísticamente asociadas.

6 Véanse Cervantes, Bejarano y Del Real (2005); Muñoz (2005).

7 Véanse Corsini y Wedding (2005), para una visión general de varios sistemas de psicoterapia.

8 Véanse Gatchel y Oordt (2003) y Savard y Morin (2002) para una discusión sobre la evaluación y el

tratamiento del insomnio.

[9](#) Véase a este respecto, por ejemplo, la discusión sobre autismo en Koegel, Valdez-Menchaca, Koegel y Harrower (2001).

[10](#) Véanse descripciones de los métodos de investigación, los diseños, la evaluación, los resultados y las dificultades de los tratamientos en McKay (2008); Nezu y Nezu (2008) y Steele, Elkin y Roberts (2008); y una presentación de las controversias que rodean las intervenciones con apoyo empírico en Chambless y Ollendick (2001) y en <http://www.therapyadvisor.com>. Este último es un sitio de Internet que describe procedimientos de tratamiento y resume los resultados de ensayos clínicos controlados. Por desgracia, con la notable excepción de la entrada de Tom Borkovec sobre el «trastorno de ansiedad generalizada», muchas de las entradas poseen un cierto tinte de «proselitismo» y no proporcionan información suficiente para interpretar la efectividad del tratamiento. La información proporcionada debería incluir el tamaño del efecto postratamiento y del seguimiento, la tasa de abandonos, la razón dosis/respuesta, la proporción de pacientes tratados que experimentan un nivel del trastorno tan bajo como el de la población general, así como información sobre variables moderadoras que pueden aumentar o disminuir los resultados.

[11](#) Estos modelos se asocian a menudo a los modelos de ecuaciones estructurales (véase Loehlin, 1998), que se basan en los patrones de varianza común estimados sobre datos de muchas personas con el mismo problema o diagnóstico.

[12](#) El siguiente ejemplo de análisis funcional, y los métodos conductuales de evaluación utilizados para desarrollarlo, se han adaptado de Haynes, Pinson, Yoshioka y Kloezeman, (2008).

[13](#) Con frecuencia, los análisis funcionales enfatizan la reducción de los comportamientos-problema. Sin embargo, el análisis funcional puede también hacer hincapié en metas positivas, tales como aumentar en un niño las interacciones sociales con sus compañeros, aumentar la calidad de la relación sexual en una pareja, enseñar al paciente a disfrutar de lo que le rodea, o ayudarlo a clarificar qué valora más en su vida y cómo podría conseguirlo. A lo largo del libro destacaremos la importancia de este tipo de metas positivas, y no sólo la de proponer como objetivo terapéutico la reducción de los comportamientos-problema.

[14](#) Los «efectos reactivos» de la evaluación hacen referencia al hecho de que el propio proceso de evaluación con frecuencia afecta a las conductas que se están evaluando o a la conducta de otras personas del entorno del paciente.

[15](#) PDA = *Personal Digital Assistant*; véase una revisión de su utilización en clínica en Piasecki, Hufford, Solhan y Trull (2007).

[16](#) Esto mismo se podría haber logrado igualmente con una simple hoja de autorregistro. En el caso de María se utilizó un PDA que solía llevar consigo y que usaba para escribir su diario, aunque últimamente, durante lo peor de su depresión, lo tenía bastante abandonado.

[17](#) Aparato para medir la actividad. La utilización de aparatos durante la evaluación clínica no es usual en nuestro país. En este caso, para la evaluación del trastorno del sueño de María, la mayoría de terapeutas simplemente habrían utilizado el informe de la propia María y, probablemente, también de su marido. No obstante, la utilización de aparatos suele permitir evaluar variables distintas de aquellas sobre las que el paciente (y los que le rodean) es capaz de informar, haciéndolo además con gran precisión.

[18](#) Véanse revisiones de las estrategias de evaluación de pareja en Snyder, Heyman y Haynes (2007).

[19](#) Se denomina observación análoga porque se realiza en un ambiente preparado para que se parezca (análogo) al ambiente natural, usualmente mediante representación o *role playing*. Cuando la observación se realiza en el medio en que normalmente se dan los problemas (v.g., casa, colegio, etc.) se denomina observación natural.

[20](#) Véase Heyman y Slep (2004); Snyder, Heyman y Haynes (2004).

[21](#) Una «variable mediadora» (o «variable interviniente») explica la relación entre otras variables. Proporciona un encadenamiento causal entre otras variables. Una «variable moderadora» afecta la relación entre dos o más variables.

[22](#) El muestreo de tiempo momentáneo (Hartmann, Barrios y Wood, 2004) es un procedimiento de observación en el que se registra el estado de la conducta observada al final de un intervalo de tiempo preestablecido (v.g., una vez cada dos horas).

[23](#) Hay estudios que han encontrado relaciones significativas entre el número de problemas de comportamiento de los hijos y los conflictos entre los padres (v.g., Grych y Fincham, 1990). También se ha encontrado que la emocionalidad negativa de los padres y las tácticas negativas de conflicto están relacionadas con respuestas de inseguridad emocional y comportamental de sus hijos (Cummins, Goeke-Morey, Pap y Dukewich, 2002).

[24](#) Las observaciones análogas se han utilizado como método para evaluar problemas infantiles (Mori y Armendariz, 2001) y la interacción padres-hijos (Roberts, 2001) en situaciones clínicas.

[25](#) Se ha encontrado en investigación que los problemas matrimoniales ejercen un efecto negativo en el ajuste de los hijos (véase Cummings y Davies, 2002, para una revisión), lo que concuerda con la hipótesis del clínico de que el malestar en la relación de la pareja podía estar contribuyendo a los problemas del comportamiento de su hijo. Además, un estudio sobre factores mediadores y moderadores de la relación entre los problemas de bebida de los padres y el ajuste de los hijos encontró que los síntomas depresivos maternos explicaban en parte la relación entre la bebida del padre y los problemas sociales de los hijos (El-Sheikh y Flanagan, 2001). El abuso de alcohol también se ha encontrado asociado a malestar conyugal severo y a altos niveles de agresión masculina (Halford y Osgarby, 1993). Estos estudios demuestran las relaciones bidireccionales entre los problemas de bebida del padre, los conflictos de pareja, los síntomas depresivos maternos, y los problemas de comportamiento del hijo y ponen de relieve la conveniencia de aplicar terapia de pareja y de familia.

[26](#) En este contexto, magnitud del efecto hace referencia a la fuerza de la relación causal entre dos variables: el grado en el que el cambio en una variable causal produce un cambio en la conducta problema o en otra variable.

[27](#) Una dimensión es un atributo cuantificable de una variable, tal como su tasa, gravedad, duración, recurrencia o latencia.

2

Aprendiendo a construir diagramas analítico-funcionales

En este capítulo vamos a describir cómo los diagramas causales de tipo pictórico, a los que denominamos diagramas analítico-funcionales de casos clínicos (FACCD, por sus iniciales en inglés: *Functional Analytical Clinical Case Diagram*), pueden ser una manera eficiente y efectiva de describir y comunicar un análisis funcional. Para ello presentaremos uno a uno los elementos del FACCD y los ejemplificaremos con el caso de María, que hemos presentado en el capítulo anterior, así como con otros ejemplos de casos clínicos. También discutiremos las ventajas y las limitaciones de los FACCD. En el apéndice presentaremos las ventajas de cuantificar las variables en la representación mediante FACCD.

1. INTRODUCCIÓN A LOS DIAGRAMAS ANALÍTICO-FUNCIONALES DE CASOS CLÍNICOS (FACCD)

En el primer capítulo hemos presentado los conceptos y los objetivos del análisis funcional, enfatizando su finalidad principal: la de facilitar la identificación de variables causales modificables importantes para el problema del paciente. En última instancia, la finalidad del análisis funcional es ayudar al clínico a seleccionar las variables sobre las que resulta más beneficioso intervenir.

Recordemos que el desarrollo de un análisis funcional, y de todas las formas de formulación de casos clínicos, constituye un desafío para el clínico a causa del gran número de juicios complejos que se deben integrar y de la multitud de

fuentes de error que pueden actuar al formular dichos juicios.

Debido a la cantidad y complejidad de los juicios clínicos de que consta un análisis funcional, también constituye una tarea ardua la de comunicárselo a otras personas. Si difícil resulta integrar de forma efectiva y eficiente todos los juicios que constituyen un análisis funcional, incluso para el propio clínico que los ha formulado, más difícil aún es comunicárselos de forma completa, integrada y coherente al paciente o a otros profesionales.

El método tradicional de presentar la formulación de un caso es a través de un texto escrito (o de una intervención hablada), generalmente en forma de historia del caso. Sin embargo, las descripciones escritas (o habladas) del caso suelen ser largas y contener información, sin duda de interés, pero irrelevante para la formulación clínica del caso (v.g., excesivos detalles sobre la educación académica o la vida laboral del paciente). La representación pictórico-diagramática, por su parte, puede constituir una alternativa que aumente el impacto de la información presentada y que se preste mejor para comunicar información complejamente interrelacionada¹. La finalidad de los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos es precisamente ésta.

Un diagrama analítico-funcional de un caso clínico (FACCD) es un diagrama causal que representa visualmente los componentes del análisis funcional.

2. INTRODUCCIÓN A LOS DIAGRAMAS CAUSALES

Los diagramas causales (también llamados diagramas gráficos, gráficos orientados, diagramas de vías o análisis de vías) son representaciones visuales esquemáticas de las relaciones causales más importantes de un determinado fenómeno. En general suelen emplearse tanto para explicar como para describir un fenómeno y los factores que lo afectan.

Los diagramas causales son comunes en muchas disciplinas. Se han utilizado para explicar y predecir las cosechas (v.g., en función de las precipitaciones o del empleo de pesticidas), el grado y severidad de los huracanes (v.g., en función de las temperaturas y corrientes oceánicas), los índices de mortalidad (v.g., en función de la desnutrición o de enfermedades), los índices de infección (v.g., en función de actividades sexuales o condiciones de higiene) o el rendimiento

económico (v.g., en función de determinadas políticas fiscales). Pearl (2000) ha descrito la utilidad que suele darse a los diagramas causales en varias disciplinas.

Los diagramas causales son representaciones visuales de los elementos más importantes de un modelo causal². Los FACCD son un tipo de diagrama que representa visualmente el modelo causal (propuesto por el clínico en su análisis funcional) de los problemas u objetivos del tratamiento de un paciente. Todos los diagramas causales tienen varios elementos centrales, representados generalmente mediante símbolos: *a*) las variables de input o de entrada; *b*) las variables de output o de salida, y *c*) la conexión entre variables.

Estos elementos son los componentes de un FACCD y codifican la información esencial sobre el análisis funcional. Las variables de input son aquéllas cuyos valores pueden modificarse o se consideran precedentes de las variables de output.

En el análisis funcional, las variables de input son las variables causales que se supone están produciendo los problemas de comportamiento del paciente.

Las variables de output son aquellas cuyos valores varían en función de cambios en las variables de input. En el análisis funcional, las variables de output son generalmente la probabilidad, la duración y la gravedad de los problemas de comportamiento de un paciente.

Las flechas de un diagrama causal describen la forma y la fuerza de las relaciones entre las variables de input y de output.

Pongamos un ejemplo. Supongamos un paciente que, con frecuencia, cuando se está durmiendo, tiende a despertarse por completo sobresaltado por imágenes o pensamientos de los acontecimientos estresantes que ha vivido durante el día. La variable de input en este caso es el pensamiento o imagen del duermevela sobre los acontecimientos estresantes del día, que le hacen despabilarse sobresaltado. La variable de output sería el tiempo que necesita el paciente para volver a dormirse. La flecha del diagrama causal para representar esta relación, y que va desde el «despabilarse sobresaltado» hasta «volver a dormirse», puede ser débil, moderada o fuerte, y unidireccional o bidireccional. Es decir, los pensamientos del duermevela y el despertar pueden tener efectos relativamente débiles, moderados o fuertes sobre lo que tarda en dormirse, dependiendo de la actuación de otros factores que afectan el sueño, tales como el consumo de alcohol, la dieta, el ejercicio o el ambiente de la habitación.

El FACCD ayuda al clínico a organizar y comunicar sus juicios clínicos y facilita comprobar los límites y las condiciones de validez del análisis funcional. Más importante aún, el FACCD permite que el clínico se haga una idea precisa de los efectos que probablemente producirá el tratamiento si se centra sobre una u otra variable causal.

El FACCD de un paciente permite prever los efectos sobre los problemas del paciente cuando se cambia cada una de las variables causales propuestas (v.g., disminuyendo la intensidad de un estresor, cambiando los pensamientos negativos, modificando las respuestas de un padre con su hijo). Esto, a su vez, permite apreciar los pros y los contras de cambiar una variable causal en comparación con cambiar otras.

Para que el lector pueda comprender el funcionamiento y la construcción de los diagramas analítico-funcionales, vamos a ir enumerando sus elementos y la forma de representarlos.

Los diagramas esquemáticos siguientes ilustran cómo el FACCD simboliza y representa visualmente la información importante del análisis funcional. Estos diagramas se utilizarán a lo largo de este libro para ilustrar los conceptos expuestos en el capítulo anterior y para presentar ejemplos de análisis funcional.

Los elementos y los principios del análisis funcional y de los FACCD (v.g., problemas múltiples de comportamiento, relaciones causales, variables moderadoras) se discuten en mayor detalle en capítulos posteriores. Por ahora, téngase presente lo siguiente:

Los elementos que son representados en un FACCD deben tener como finalidad la de señalar cuál es el mejor tratamiento posible, indicando al mismo tiempo los efectos esperables si se interviniera sobre cada una de las variables causales representadas.

Esto es, la finalidad principal de los FACCD es la estimación de la magnitud relativa del efecto del tratamiento cuando se dirige la intervención sobre cada una de las variables causales (Virués y Haynes, 2005).

En el FACCD debe quedar representado cuál es el mejor tratamiento para el paciente, qué otros posibles tratamientos podrían aplicarse y por qué esos otros tratamientos alternativos no es esperable que sean tan efectivos como el mejor.

3. ELEMENTOS DE LOS DIAGRAMAS CAUSALES

UTILIZADOS EN ANÁLISIS FUNCIONAL (FACCD)

1. *Los problemas de comportamiento.* Recuérdese que, como ya hemos dicho, la mayoría de los pacientes que buscan tratamiento psicológico presentan más de un problema. En los FACCD, los problemas de comportamiento se representan mediante cuadrados o rectángulos en cuyo interior se escribe el nombre del problema (como en el ejemplo de la figura 2.1, donde la Y simboliza el problema concreto de que se trate en cada momento).

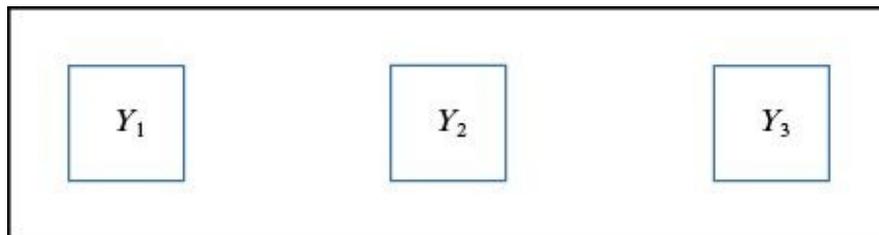


Figura 2.1.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento (cada problema de comportamiento se indica mediante un cuadrado o un rectángulo).

El mismo símbolo (un cuadrado o un rectángulo) se utiliza para representar las metas del tratamiento (v.g., se puede representar el problema «estado de ánimo deprimido» o la meta de tratamiento «estado de ánimo positivo»).

Los problemas de comportamiento pueden ser, en algunos casos, hipotéticos. Esto es, el terapeuta sospecha que existe un problema, pero carece de información suficiente para asegurarlo, o la información disponible es contradictoria.

2. *La importancia relativa de los problemas de comportamiento.* La importancia de cada problema se atribuye en función del riesgo para uno mismo o para otros, del grado de malestar personal, o de la importancia subjetiva que le da el paciente, el terapeuta, o los resultados de la investigación previa en psicopatología. La magnitud del efecto de un tratamiento será tanto mayor cuanto más importantes sean los problemas sobre los que influye. La importancia de un problema se indica mediante el grosor de las líneas del cuadrado que lo representa: a más grosor, más importancia.

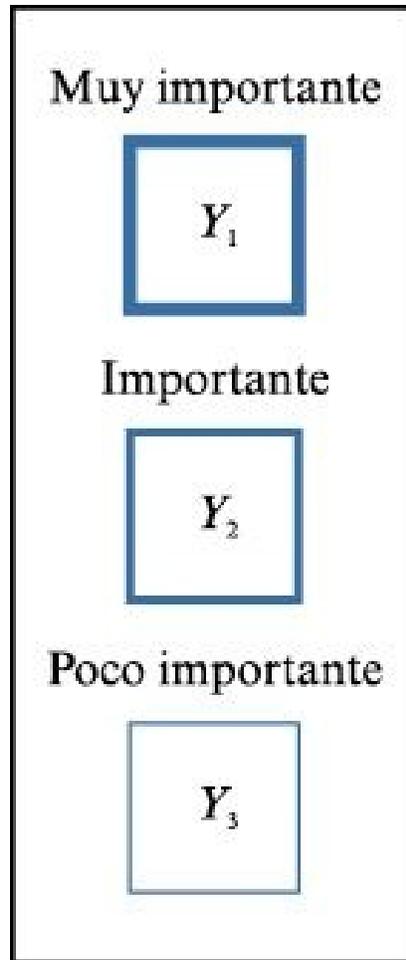


Figura 2.2.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento y su importancia relativa (indicada por el grosor de las líneas de los cuadrados).

3. *Dirección de las relaciones funcionales entre los problemas de comportamiento.* Un problema de comportamiento puede afectar a otro, entre ambos pueden tener relaciones causales bidireccionales, o pueden relacionarse de forma no causal, pero estar correlacionados, si ambos están influidos por una misma variable causal. Las posibles relaciones existentes entre los problemas son importantes, ya que si un tratamiento afecta a un problema que, a su vez, afecta a otro, el efecto del tratamiento será mayor (véase la figura 2.3).

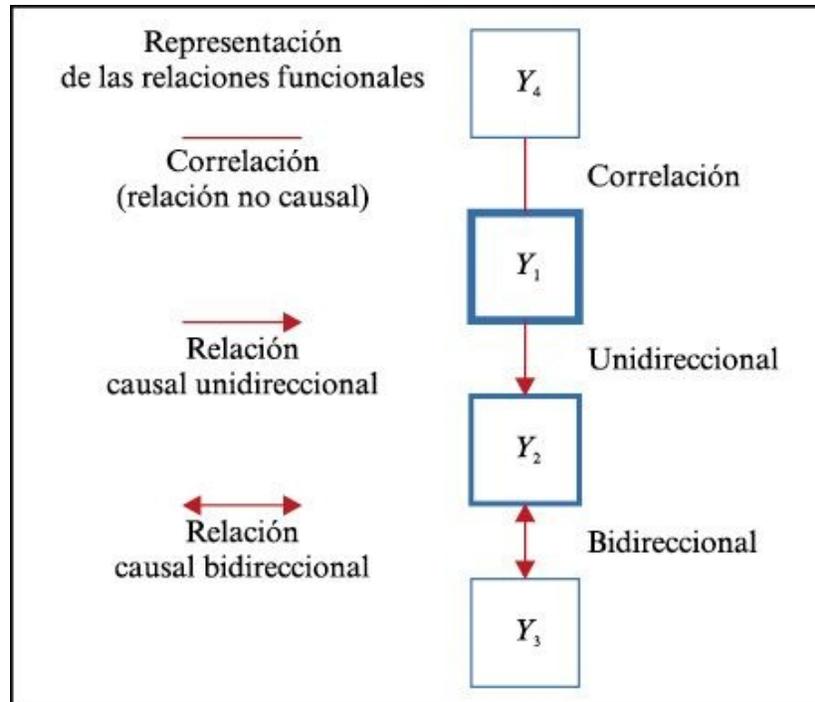


Figura 2.3.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento, su importancia relativa y la dirección de sus relaciones funcionales (indicadas por la presencia o la ausencia de puntas de flecha).

4. *Fuerza de las relaciones funcionales entre problemas de comportamiento*³. Las relaciones causales pueden variar en su fuerza relativa. Los ejemplos que siguen distinguirán tres tipos en la fuerza de la relación (o grado de influencia): fuerte, media y débil (véase la figura 2.4).

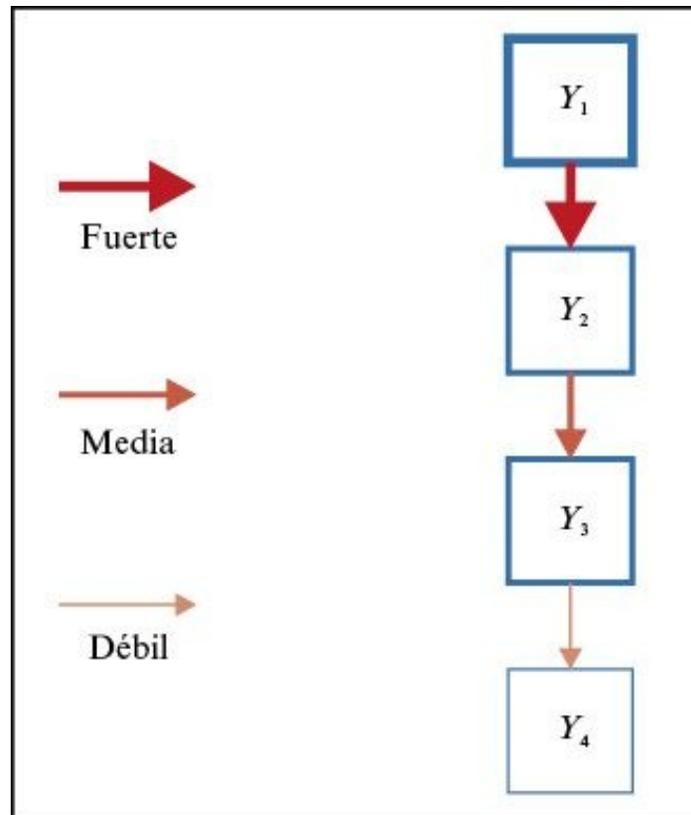


Figura 2.4.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento, su importancia relativa, y la dirección y fuerza de sus relaciones funcionales (indicada por el grosor de las flechas).

5. *Secuelas, consecuencias y efectos de los problemas de comportamiento.* Los problemas de comportamiento suelen conllevar consecuencias importantes. Por ejemplo, riesgos para la salud, bajada del rendimiento, problemas económicos, riesgo de ser detenido, efectos negativos sobre otros (v.g., las consecuencias de decisiones financieras tomadas durante un período maníaco), riesgos legales asociados al uso de drogas, etc. Debido a que estas consecuencias son problemáticas, también se representan mediante cuadrados y también pueden diferir en su importancia. La magnitud del efecto de una intervención aumenta cuando el problema de comportamiento tratado estaba produciendo consecuencias negativas importantes.

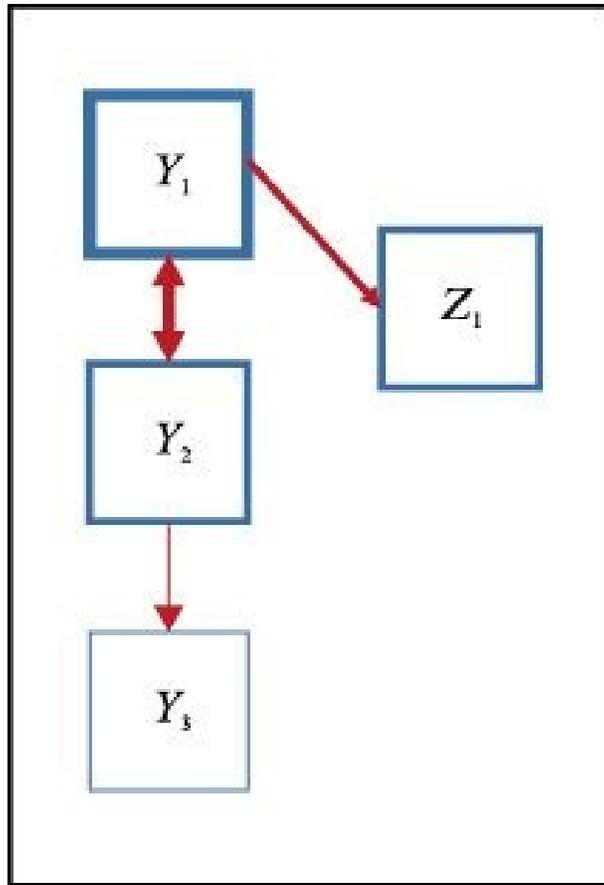


Figura 2.5.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento (Y_1 , Y_2 , Y_3), su importancia relativa (indicada por el grosor de los cuadrados), su dirección (indicada por la dirección de las flechas) y su fuerza (indicada por el grosor de las flechas) de sus relaciones funcionales, y una secuela (Z_1) del problema principal.

6. *Variables causales.* Existen muchos tipos de variables causales (las veremos más adelante). En clínica, una variable causal es aquella cuyos cambios se acompañan de cambios en los problemas de comportamiento. Ejemplos son las contingencias positivas de la respuesta, los estímulos antecedentes, el contexto, los pensamientos, las respuestas biológicas, los esquemas emocionales, las expectativas, o la reducción de estados internos aversivos. Las variables causales se representan mediante círculos o elipses.

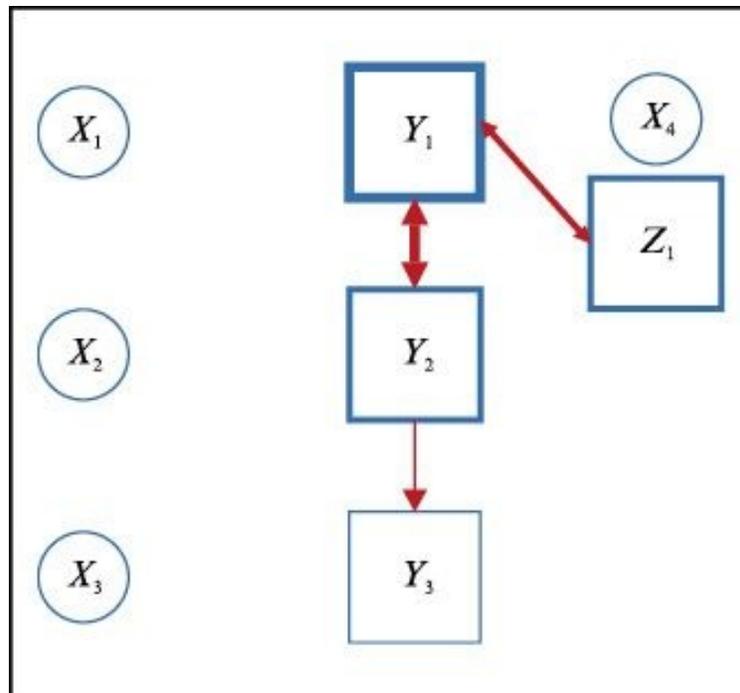


Figura 2.6.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento (los cuadrados Y_1 , Y_2 , Y_3), su importancia relativa (grosor de las líneas de los cuadrados), la dirección (indicada por la punta de la flecha) y fuerza (indicada por el grosor de las flechas) de sus relaciones funcionales, su secuela (Z_1) y las variables causales (indicadas por los círculos X_1 , X_2 , X_3 , X_4).

7. *Modificabilidad de las variables causales.* La modificabilidad de una variable causal afecta a su utilidad clínica. Ejemplos de variables poco modificables son las lesiones cerebrales, las experiencias traumáticas tempranas, la vulnerabilidad genética, los aprendizajes tempranos; factores externos poco modificables (cooperación de la pareja, cooperación del personal, dificultades inevitables de la vida); y algunas variables del propio paciente (v.g., sus capacidades cognitivas). El tratamiento que atiende a variables poco modificables es probable que tenga menos efecto que el tratamiento que requiere la misma cantidad de esfuerzo, pero que se dirige a variables más modificables.

La modificabilidad de una variable causal se indica mediante el grosor del círculo u óvalo que la representa: a mayor grosor, mayor modificabilidad. Las variables inmodificables se indican en forma de rombo (como X_3 de la figura 2.7).

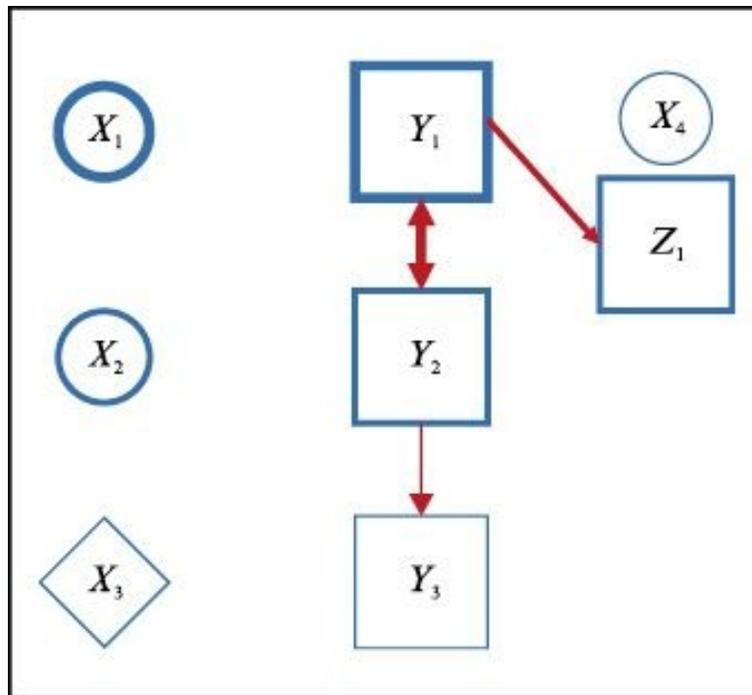


Figura 2.7.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento, su importancia relativa, la dirección y fuerza de sus relaciones funcionales, su secuela y la modificabilidad de las variables causales: X_1 = muy modificable; X_2 = bastante modificable; X_4 = modificable; X_3 = inmodificable.

8-9. *Dirección y fuerza de las relaciones funcionales entre las variables causales y los problemas de comportamiento.* La dirección y la fuerza de las relaciones funcionales entre las causas y los problemas del comportamiento se representan de la misma forma que la relación de unos problemas con otros: mediante flechas cuya punta indica la dirección de la relación y cuyo grosor indica la fuerza de la relación (véase la figura 2.8).

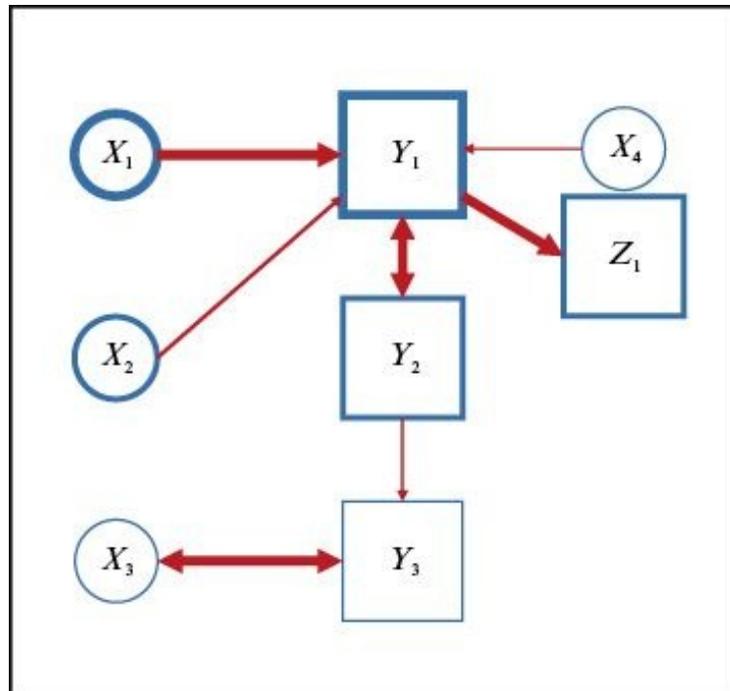


Figura 2.8.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento, su importancia relativa, la dirección y fuerza de sus relaciones funcionales, su secuela, las variables causales (X_1 , X_2 , X_3 , X_4) y su modificabilidad (indicada por el grosor de los círculos), y la dirección (indicada por las cabezas de las flechas) y fuerza (indicada por el grosor de las flechas) de las relaciones entre las variables causales y los problemas de comportamiento.

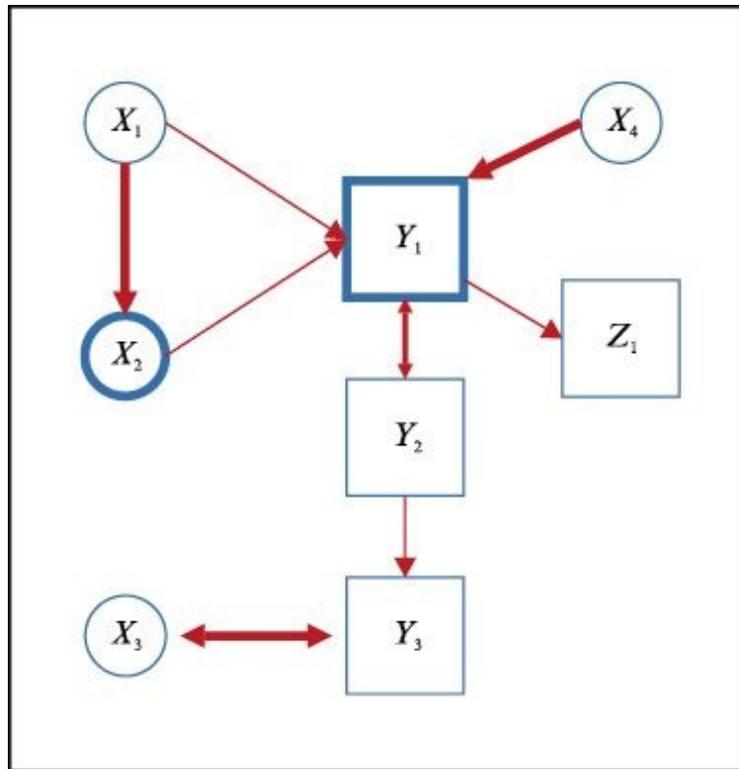


Figura 2.9.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento, su importancia relativa, la dirección y fuerza de sus relaciones funcionales, su secuela, las variables causales y su modificabilidad, y la dirección y fuerza de las relaciones entre las variables causales (como entre X_1 y X_2) y entre éstas y los problemas de comportamiento.

10-11. *Dirección y fuerza de las relaciones entre variable causales.* Las variables causales pueden influirse mutuamente, formar cadenas y afectar los problemas de comportamiento a través de múltiples vías causales, tal como se representa en la figura 2.9 (mediante flechas de distinto grosor, según la fuerza de la relación representada).

12-15. *Otros tipos de variables causales.* Citamos tres: *Variables moderadoras* son las que afectan las relaciones entre otras dos variables. *Variables mediadoras* son las que explican o señalan cómo se da la relación entre otras dos variables; por qué o cómo se produce la relación entre X e Y . *Variables causales hipotéticas* son las que no han sido observadas pero que han sido inferidas, que convendría evaluar y que usualmente vienen sugeridas por la investigación nomotética. Se representan como se indica a continuación (véase también la figura 2.10).

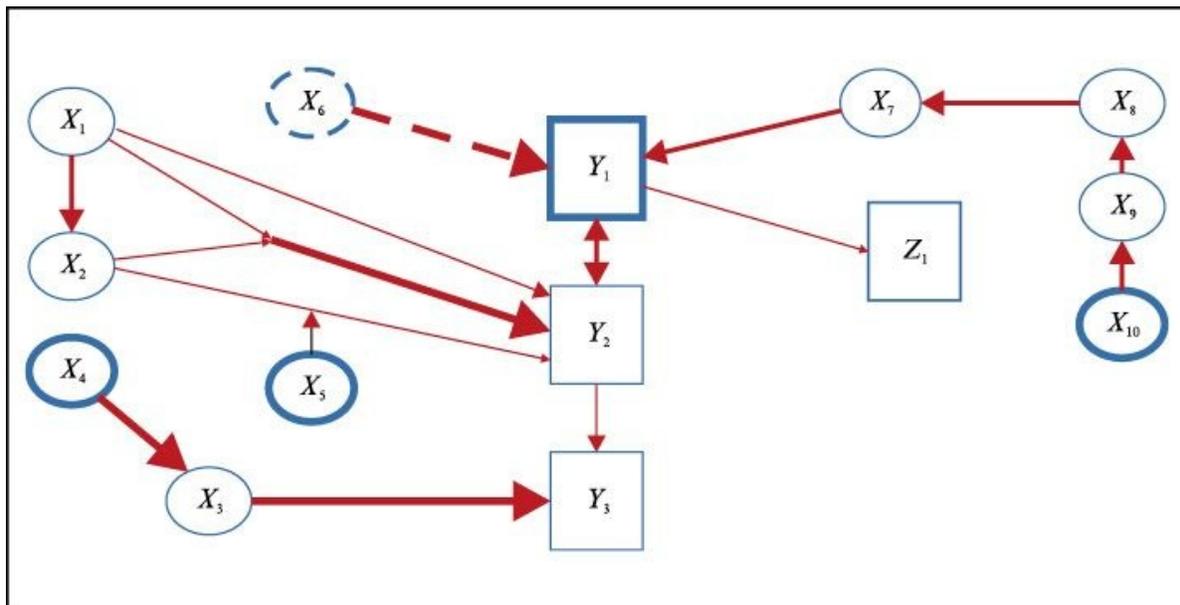
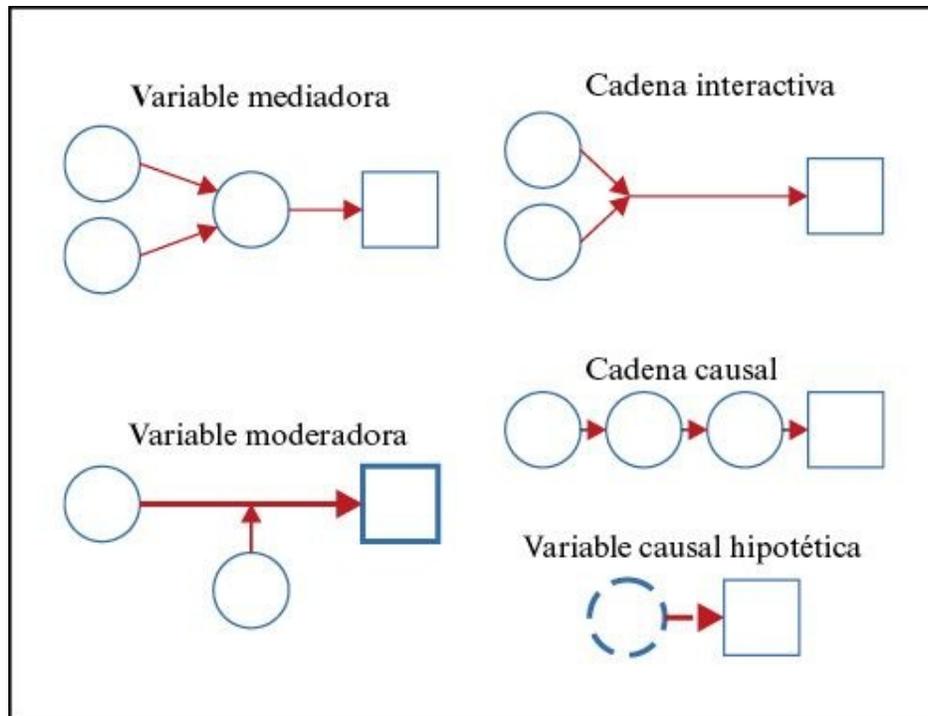


Figura 2.10.—Diagrama causal complejo que representa varios problemas de comportamiento (recuadros con la letra Y), su importancia relativa (grosor de los recuadros), la dirección y fuerza de sus relaciones funcionales (flechas entre recuadros), su secuela (Z_1), las variables causales (círculos) y su modificabilidad (grosor de los círculos), la dirección y fuerza de las relaciones entre las variables causales (flechas entre círculos) y entre éstas y los problemas de comportamiento (flechas entre círculos y recuadros), una variable moderadora (X_5), una variable mediadora (X_3), una relación causal interactiva (de X_1 y X_2 sobre Y_2), una variable causal hipotética (X_6) y una cadena causal ($X_{10} \rightarrow X_9 \rightarrow X_8 \rightarrow X_7$).

17. *Signo de las relaciones causales.* Una relación causal negativa es aquella en la que un aumento en una variable desencadena una disminución de la otra. Se representa mediante el signo menos (-), que se coloca junto a la flecha a la que se aplica (como entre X_1 y X_2 en la figura 2.11).

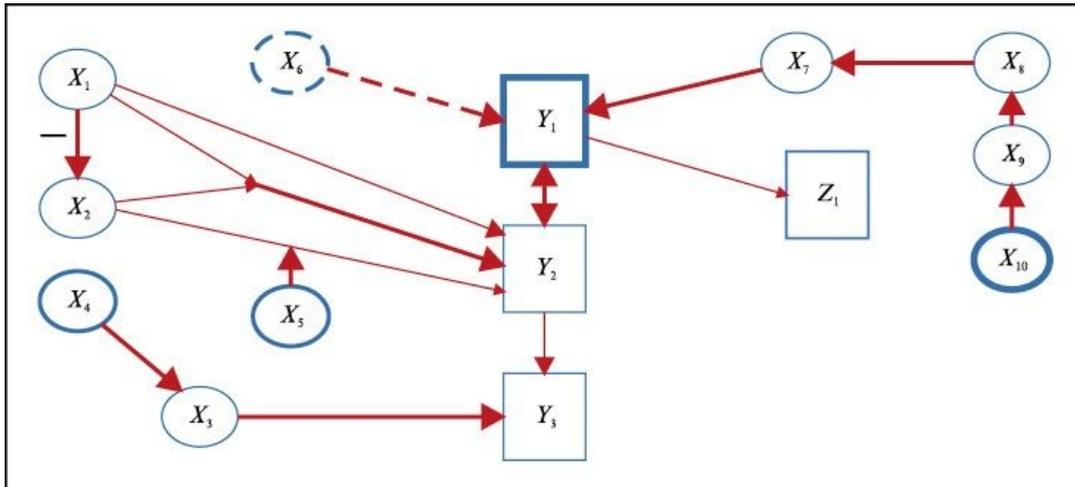


Figura 2.11.—Diagrama causal que representa varios problemas de comportamiento, su importancia relativa, la dirección y la fuerza de sus relaciones funcionales, su secuela, las variables causales y su modificabilidad, la dirección y fuerza de las relaciones causales y entre éstas y los problemas de comportamiento, variables causales moderadoras, mediadoras e hipotéticas; cadenas causales, y signo de las relaciones funcionales (relación negativa indicada por el signo menos en la flecha que une X_1 y X_2).

18. *Clases de respuestas funcionales.* A veces varios problemas pueden agruparse conjuntamente, ya que todos ellos dependen de las mismas variables causales. Un ejemplo de clase de respuestas causales aparece en la figura 2.12.

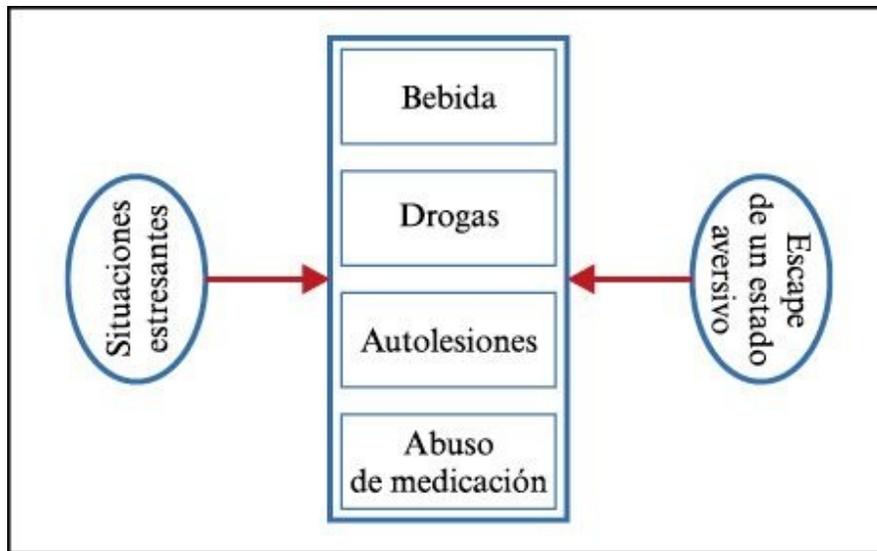


Figura 2.12.—Ejemplo de clase funcional de respuestas en la que varios problemas de comportamiento dependen de las mismas variables causales. En este tipo de casos, agrupar los problemas da parsimonia al FACCD.

4. EJEMPLOS DE DIAGRAMAS ANALÍTICO-FUNCIONALES DE CASOS CLÍNICOS (FACCD)

A continuación vamos a poner varios ejemplos de diagramas causales aplicados al análisis funcional para facilitar al lector todo lo comentado anteriormente en este capítulo.

Retomemos el caso de Pedro y María que ya se ha expuesto en el capítulo 1. Al final de la exposición de este caso, y basándonos en los datos obtenidos con los tests, las entrevistas y los registros realizados, realizamos un análisis funcional. Vamos a intentar ahora construir el FACCD de dicho análisis funcional.

Para construir (o interpretar) el FACCD del caso de María (y los otros ejemplos que aparecen a lo largo del libro) debe recordarse qué significa cada uno de los símbolos de un FACCD (véase la figura 2.13).

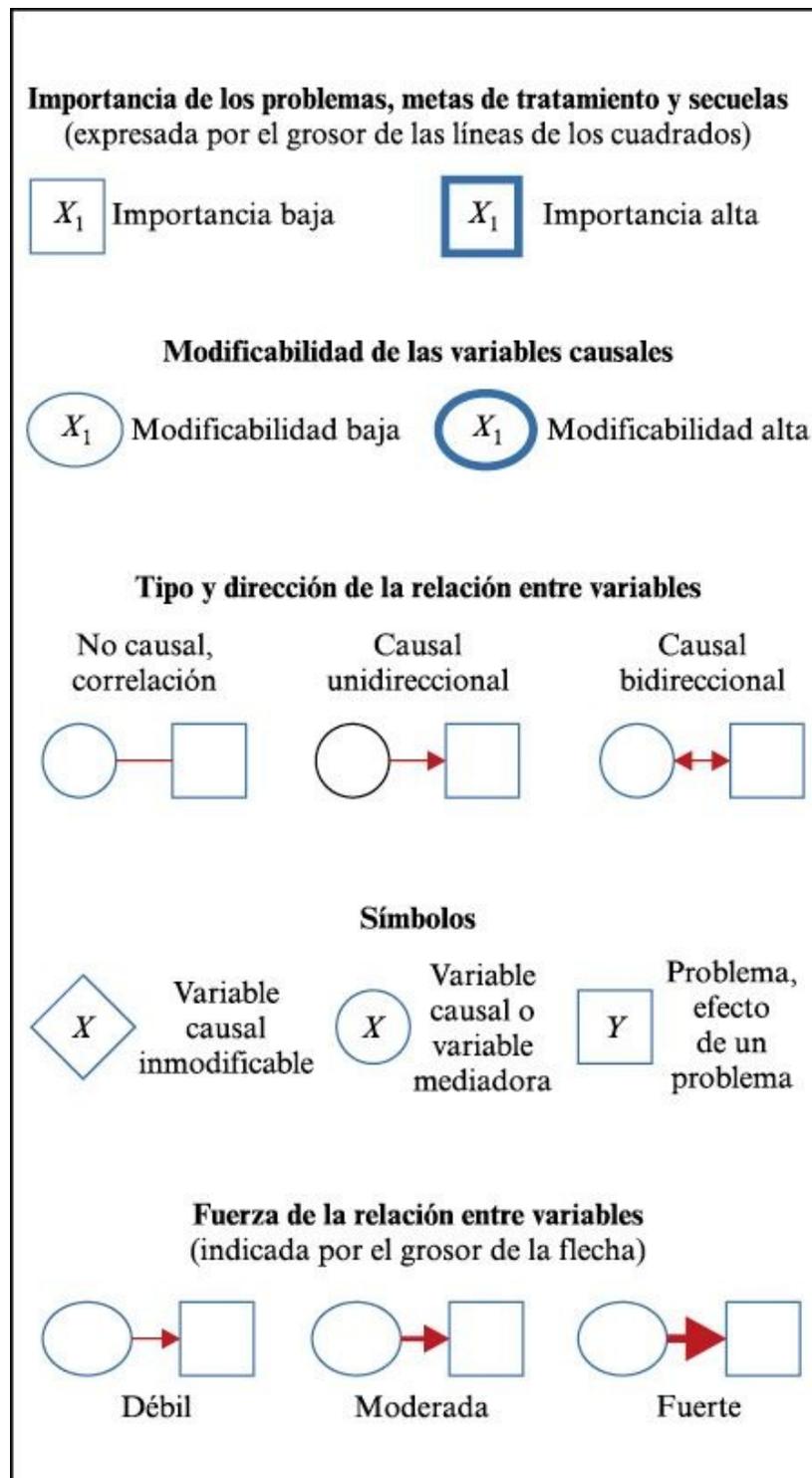


Figura 2.13.—Significado de los símbolos del FACCD.

Téngase en cuenta que el FACCD de la figura 2.14 (el de María) representa una *formulación de alto orden*⁴. Es de «alto orden» porque cada variable causal,

problema de comportamiento y relación funcional se puede analizar en elementos más específicos, con el fin de desarrollar estrategias de tratamiento más concretas (véase la figura 2.14).

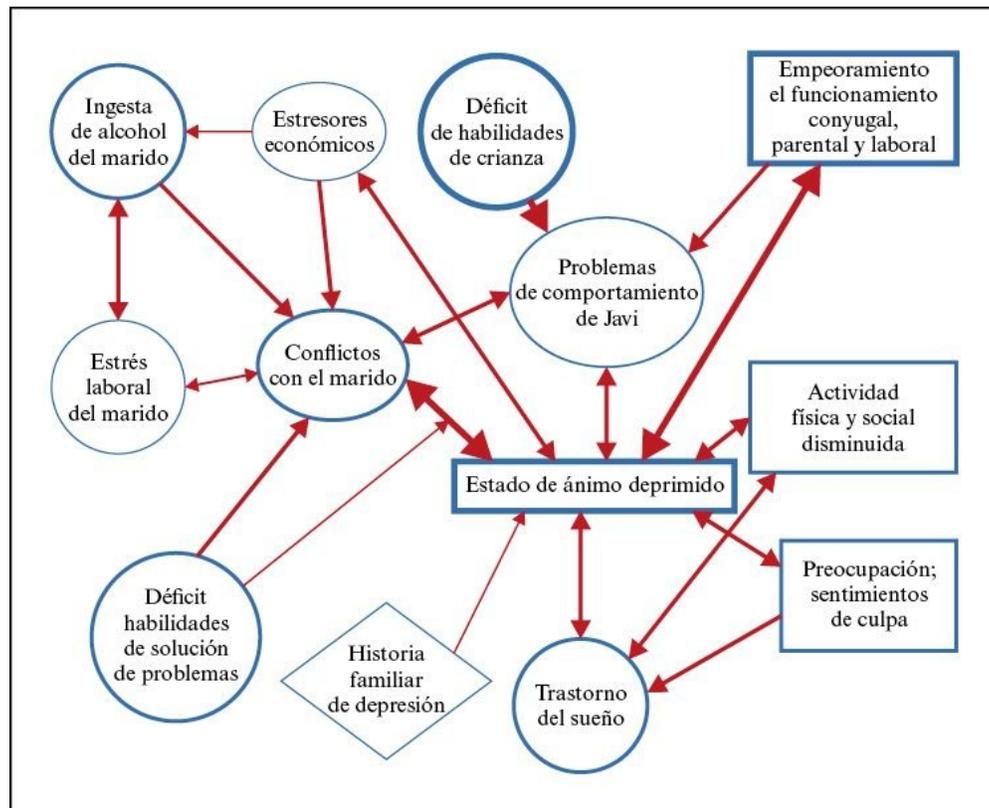


Figura 2.14.—FACCD del caso de María. Un ejemplo de varios problemas de comportamiento interrelacionados, con distinto grado de importancia y distintas variables causales, cada una de ellas con su propio grado de modificabilidad y sus propias relaciones funcionales.

Realizar un diagrama funcional de un caso no es fácil. Por ello, con el fin de que el lector interesado en aprenderlo pueda poder aplicarlo a su trabajo clínico, presentamos varios casos con los datos necesarios para construir el diagrama correspondiente. Invitamos al lector a que lea dichos casos y a que dibuje el FACCD de cada uno. Posteriormente puede comparar el FACCD realizado con el que proponemos nosotros. En el anexo II aparecen estos casos y sus correspondientes diagramas.

5. PROS Y CONTRAS DE LOS DIAGRAMAS ANALÍTICO-

FUNCIONALES DE CASOS CLÍNICOS⁵

Llegados aquí, posiblemente una pregunta se impone: ¿Vale realmente la pena utilizar los FACCD en los casos clínicos? ¿No es un método demasiado complejo? ¿Vale la pena dedicar tanto tiempo y esfuerzo a la realización del FACCD de nuestro paciente?

La respuesta es «SÍ», aunque en ningún caso vamos a negar que los FACCD tengan inconvenientes y limitaciones. Por ejemplo:

1. *Los FACCD no siempre son rentables.* Su desarrollo suele requerir mucho tiempo y mucho esfuerzo. Por ello, resultan más rentables en unas situaciones que en otras. El desarrollo de un FACCD es más rentable *a)* en los casos más complejos o *b)* con fracaso previo; *c)* cuando se han de comunicar a otros clínicos casos difíciles, y *d)* cuando se entrena a clínicos novatos para que hagan formulaciones de sus propios casos de forma cuidadosa, estructurada y bien fundamentada. Los FACCD son menos útiles (aunque más fáciles de realizar) con pacientes con pocos problemas de comportamiento o con problemas que implican pocas variables causales. En estos casos, la mejor estrategia a seguir es la de aplicar al paciente un tratamiento con apoyo empírico adecuado a su problema y realizar un análisis funcional únicamente en el caso de que, tras un tiempo prudencial, no muestre la mejoría esperada.

2. *Los FACCD aparentan más precisión de la que tienen.* Los modelos causales visuales, que representan los niveles de importancia y de modificabilidad, así como la fuerza de las relaciones funcionales, pueden sugerir un nivel de precisión de medida que no resulta posible en las ciencias del comportamiento. El clínico debe ser consciente, y así comunicárselo a los demás, que el análisis funcional y el FACCD son tentativos, que pueden contener sesgos y errores, que representan resúmenes de sus juicios clínicos, juicios realizados en un determinado momento y que, por tanto, pueden cambiar con el tiempo.

3. *Los FACCD no señalan todas las variables necesarias para decidir cuál es el mejor tratamiento.* El FACCD representa un modelo causal de los problemas de comportamiento del paciente y únicamente sugiere qué variables son las que más afectan dichos problemas. Pero no suele incluir factores importantes en las decisiones de tratamiento, tales como la aceptabilidad del

tratamiento propuesto, los conocimientos y habilidades del terapeuta para aplicarlo, las posibles limitaciones de tiempo o de dinero, o la normativa que rige en el centro en que ha de realizarse el tratamiento.

A pesar de estas limitaciones de los FACCD, las ventajas que suelen ofrecerle al clínico son muy superiores. Entre estas ventajas destacan las siguientes:

1. La principal ventaja de los FACCD es que permiten ver con claridad en un modelo visual las variables causales y sus influencias, de tal forma que resulta posible decidir cuál es el foco de tratamiento que probablemente va a tener un *mayor tamaño del efecto* sobre el paciente (un mayor beneficio general). Todos los elementos del FACCD contribuyen a esta decisión. Los factores más importantes a tener en cuenta al establecer los mejores focos de tratamiento se han presentado en el capítulo 1: la importancia de los problemas del comportamiento, las relaciones funcionales entre ellos, sus secuelas, la fuerza de los efectos de las variables causales, sus vías de actuación, y su modificabilidad (posibilidad de modificación). En última instancia, la principal ventaja de un FACCD es la de permitirle al clínico hacerse una idea clara de los efectos de diversos focos de intervención.

2. Los FACCD pueden indicar *cuándo se necesita seguir evaluando*. Los FACCD suelen incluir variables y vías causales hipotéticas importantes sobre las que se necesita más información. Estas variables hipotéticas suelen venir sugeridas por los resultados de la investigación nomotética con personas que tienen problemas de comportamiento similares a los del paciente. A veces, hay «pistas» durante la evaluación inicial de que una variable causal importante podría estar influyendo (v.g., indicaciones de problemas de pareja, de conflictos interpersonales o de respuestas inadecuadas al problema de comportamiento de un hijo, pensamientos automáticos negativos, etc.), o de que podrían existir problemas adicionales que hay que investigar más. El examen del FACCD puede también conducir al clínico a desarrollar hipótesis adicionales sobre variables y relaciones causales posibles.

3. Los FACCD favorecen la *parsimonia* en la formulación de casos clínicos. La parsimonia es un objetivo de todos los modelos causales de fenómenos complejos: explicar satisfactoriamente los fenómenos de interés con el mínimo número posible de variables. La parsimonia se refleja en el número de variables

del modelo y en la proporción de las variables de input sobre las de output (la razón entre las variables causales y los problemas de comportamiento).

Un FACCD parsimonioso es aquel que incluye variables importantes y modificables y excluye variables causales poco importantes para mejorar los efectos del tratamiento. Como expondremos más adelante, un FACCD parsimonioso también facilita la comunicación del análisis funcional a otros profesionales y a los propios pacientes. Esto es importante porque, con frecuencia, los análisis funcionales son complejos, ya que incluyen muchos problemas de comportamiento y muchas variables causales.

En el capítulo 6 presentaremos formas de hacer estos análisis funcionales complejos lo más fácilmente posible (mediante la utilización de clases de respuestas funcionales y de diversos niveles de especificidad).

4. Con frecuencia, los clínicos con experiencia se ven obligados a hacer presentaciones de casos clínicos al personal en formación, al resto del equipo de trabajo o en conferencias. Este tipo de presentaciones, cuando se refieren a un análisis funcional complejo, pueden resultar difíciles de hacer. Debido a que el FACCD es un sistema visual de representación del análisis funcional, constituye un medio efectivo y eficiente (es decir, parsimonioso) para *comunicar a otros los juicios del clínico* sobre los problemas de comportamiento y las metas de tratamiento de un paciente. La naturaleza gráfico-visual del FACCD proporciona *validez aparente*, permitiendo hacer una presentación plausible de los juicios del clínico sobre los factores que afectan el problema de comportamiento de un paciente y los mejores focos de tratamiento.

5. La construcción de un FACCD favorece que el clínico *reflexione sobre su paciente de una manera más cuidadosa, precisa y ordenada*⁶. En el presente capítulo se han puesto ejemplos al hablar de los elementos del FACCD (primero, identificar los problemas de comportamiento del paciente, luego estimar su importancia relativa, etc.). Cuando se realiza un FACCD tal como se detalla en este libro, al seguir un método cuidadoso, secuencial y basado en datos, es menos probable que los clínicos introduzcan sesgos, terminen con una formulación prematura del caso y omitan datos o estrategias importantes de evaluación.

6. Los clínicos especialistas con experiencia también funcionan con frecuencia como supervisores o responsables clínicos. Animar a los clínicos supervisados a

que construyan un FACCD de sus pacientes puede conducirlos a realizar una formulación clínica del caso más sistemática y cuidadosa, ya que les puede ayudar a examinar la solidez y precisión de sus datos y la sensatez de sus juicios clínicos.

7. Los FACCD también sirven para poner de manifiesto qué variables causales potencialmente importantes no están influyendo en un paciente concreto. Aunque un problema de comportamiento puede tener causas múltiples, es probable que sólo un subconjunto de estas causas influya en un determinado paciente y, por tanto, deba ser representado en el FACCD. Con la omisión de algunas variables causales potenciales para el problema de comportamiento de un paciente, el FACCD reduce la probabilidad de focos de tratamiento inadecuados y favorece que se preste atención a variables y relaciones causales más importantes. Por ejemplo, algunos estudios han sugerido que los episodios depresivos de las personas que experimentan ciclos de manía y de depresión pueden desencadenarse por un ambiente familiar muy crítico. Sin embargo, las interacciones familiares de algunos pacientes con un diagnóstico bipolar pueden ser muy positivas y, por tanto, no aparecerán en su FACCD. Por ello, una intervención focalizada en la familia podría no ser la más beneficiosa para este paciente.

8. El análisis funcional y los FACCD acentúan la importancia de seguir buenas estrategias de evaluación. La principal ventaja de un análisis funcional es la de obtener un resultado mejor en el tratamiento del paciente. Este resultado, a su vez, depende de la validez del análisis funcional. Los clínicos que utilizan estrategias de evaluación con apoyo empírico fuerte (Haynes et al., 2000; Haynes y Heiby, 2004) para derivar sus juicios clínicos es más probable que desarrollen análisis funcionales válidos y clínicamente útiles. Los principios y los métodos de evaluación para el análisis funcional se presentan en los capítulos 7 y 8.

9. Aunque a menudo nos centramos en los problemas de comportamiento de los pacientes, el análisis funcional y el FACCD se pueden utilizar en contextos constructivos para identificar variables causales importantes y modificables de los objetivos o metas positivas del tratamiento. El FACCD puede identificar las variables que afectan, por ejemplo, el objetivo de un paciente de tener relaciones interpersonales más satisfactorias y agradables, de convertirse en un padre mejor,

de contribuir mejor al bienestar de la comunidad, de resistir mejor ante los desafíos de la vida, lograr llevar una dieta más sana, o de aumentar su vida espiritual.

10. La meta intermedia de un análisis funcional y de un FACCD es emparejar las variables causales que afectan el problema de comportamiento de un paciente con los *mecanismos del tratamiento*. Un FACCD tiene dos implicaciones importantes para que el clínico entienda los mecanismos del tratamiento. Primero, exige que el clínico comprenda los mecanismos de actuación de los tratamientos aplicables (véanse, por ejemplo, los mecanismos de tratamiento descritos en Farmer y Chapman, 2002). El conocimiento de los mecanismos de tratamiento es esencial para estimar la modificabilidad de las variables causales. Segundo, el conocimiento de los mecanismos de los tratamientos potenciales sugiere al clínico qué variables deben evaluarse. Si uno sabe, por ejemplo, que uno de los tratamientos posibles se centra en las habilidades de comunicación, o en la activación del comportamiento, el clínico debe averiguar si en los problemas del paciente están implicados déficits en las habilidades de comunicación o inactividad comportamental.

6. CUANTIFICACIÓN DEL ANÁLISIS FUNCIONAL Y DEL FACCD

Aunque hasta aquí nos hemos centrado en las aplicaciones cualitativas del análisis funcional y de los FACCD, todos los elementos de ambos pueden cuantificarse. Sin embargo, ello no siempre es necesario para la práctica clínica. La finalidad principal de dicha cuantificación es la de estimar la magnitud del efecto de la modificación de cada una de las variables causales, de tal forma que el clínico pueda hacerse una idea precisa de los resultados esperables de cada uno de los tratamientos posibles. La *magnitud de los efectos* de una determinada variable causal sobre un determinado problema puede establecerse (teniendo siempre presentes los sesgos de pseudoprecisión a que hemos hecho referencia anteriormente) multiplicando entre sí todos los coeficientes asignados a las variables y relaciones causales que aparecen entre dicha variable y dicho problema.

Los coeficientes asignados a las variables y las relaciones entre variables en

el análisis funcional, ayudan al clínico a averiguar el efecto esperado de la modificación de cada una de las variables causales, mediadoras y moderadoras en comparación con la modificación del resto de variables consignadas en el FACCD. Esto, a su vez, permite ordenar los tratamientos posibles según su efectividad relativa esperada, ya que nos da una estimación de lo que probablemente ocurrirá con los problemas del paciente si se elimina o introduce una determinada variable causal (o moderadora o mediadora), o si se cambia la fuerza de sus relaciones causales. Además, igual que se puede estimar la magnitud del efecto de la modificación de una determinada variable causal, mediadora o moderadora, también es posible estimar el efecto total de la modificación de varias variables.

Todos los elementos del análisis funcional y del FACCD son cuantificables asignando un valor relativo a cada uno de ellos: *a*) a la fuerza de las relaciones entre variables y entre variables y problemas y entre problemas entre sí; *b*) a la modificabilidad de las variables causales, mediadoras y moderadoras, y *c*) a la importancia de los problemas y metas del paciente. En los ejemplos puestos a lo largo de este libro se ha optado por diferenciar únicamente entre tres niveles de cuantificación (indicada por el grosor de las líneas de cuadrados, círculos y flechas) para representar una relación fuerte, media o débil; una modificabilidad grande, media o pequeña; o una importancia grande, media o pequeña. En el apéndice presentaremos cómo realizar cuantificaciones en un análisis funcional y en un FACCD.

RESUMEN

En resumen, el análisis funcional incluye 18 juicios clínicos complejos sobre un paciente. Estos juicios pueden suponer un desafío para el clínico a la hora de organizarlos eficientemente y de comunicarlos a los demás. Por ello, hemos presentado los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos como un medio eficaz y eficiente alternativo al método tradicional de comunicar la formulación clínica del caso mediante historias escritas.

Un FACCD es un diagrama causal (un diagrama del análisis funcional, de las relaciones causales importantes y modificables relevantes para los problemas de comportamiento de un paciente). Los elementos simbólicos de un FACCD son los cuadrados, los círculos y las flechas que representan la información esencial del análisis funcional. Estos elementos representan, respectivamente, la información sobre los problemas de comportamiento, las variables causales y las relaciones funcionales que explican el inicio, la tasa, la duración o la severidad de un problema de comportamiento.

Los diagramas esquemáticos presentados en este capítulo indican cómo el FACCD representa visualmente la información importante del análisis funcional. Los elementos del

FACCD de un paciente son: a) los distintos problemas de comportamiento que presenta; b) su importancia relativa (esto es, comparados unos con otros); c) la dirección, fuerza y signo de las relaciones funcionales entre los problemas de comportamiento; d) los efectos de los problemas de comportamiento; e) las variables causales y su modificabilidad; f) la dirección, fuerza y signo de las relaciones entre las variables causales y los problemas de comportamiento y entre las propias variables causales; g) los tipos de variables causales —hipotéticas, moderadoras, mediadoras— y las relaciones causales interactivas.

Los modelos analítico-funcionales de casos clínicos ayudan a: a) estimar la magnitud relativa del efecto de dirigir el tratamiento sobre cada una de las distintas variables causales del modelo; b) identificar áreas que necesitan evaluación adicional; c) desarrollar formulaciones clínicas parsimoniosas del caso; d) adoptar un acercamiento más cuidadoso y estructurado a la formulación clínica del caso y favorecer dicho tipo de acercamiento en clínicos en entrenamiento; e) comunicar con más eficacia las formulaciones del caso a otros; f) indicar cuándo una variable causal potencial no está influyendo en un determinado paciente; g) seguir estrategias de evaluación de «práctica óptima»; h) comunicar las formulaciones clínicas de casos con una orientación positiva y constructiva, e i) atender a los mecanismos de actuación de los potenciales tratamientos.

Los modelos analítico-funcionales de casos clínicos resultan más rentables en los casos complejos o de fracaso terapéutico. Los FACCD no ayudan especialmente con pacientes que presentan pocos problemas de comportamiento o pocas variables causales. Hay que señalar que el FACCD puede dar a entender un grado mayor de precisión de los juicios clínicos del que realmente tiene.

NOTAS

[1](#) Los libros de Edward Tufte (v.g., *Explicación visual y Presentación visual de información cuantitativa*) proporcionan una buena visión general de los beneficios y los problemas de la representación visual de datos, conceptos y relaciones.

[2](#) Un «modelo causal» es una descripción generalizable, simplificada e hipotética de un fenómeno complejo, que con frecuencia implica múltiples inputs (causas) y outputs (efectos) y la interrelación entre ambos.

[3](#) Es decir, el grado de influencia, estimado a menudo mediante probabilidades condicionales, correlaciones con retardo temporal, o fuerza estimada de los efectos de la manipulación. Lo describiremos más adelante. Aquí basta con tener en cuenta que los problemas de un paciente pueden estar funcionalmente relacionados y que un determinado problema puede ser la causa de otro.

[4](#) Véase en el capítulo 3 el apartado «¿Por qué nos centramos en los problemas de comportamiento en lugar de en los trastornos?» y Haynes y O'Brien (2000).

[5](#) Las limitaciones más generales de los análisis funcionales, en los que se basan los FACCD, se discutirán en el capítulo 3.

[6](#) Los pasos y la secuencia de juicios clínicos en la construcción de un FACCD se presentarán en el capítulo 6.

PARTE SEGUNDA

Fundamentos conceptuales y empíricos del análisis funcional

En esta parte segunda describiremos los supuestos en que se fundamentan el análisis funcional y la evaluación del comportamiento. Como podrá apreciarse, la forma en que se conciben los problemas de comportamiento afecta al contenido del análisis funcional y a las estrategias de evaluación que se utilizan. Posteriormente presentaremos algunos conceptos básicos sobre causalidad, tal como se han desarrollado a lo largo de los siglos y, por último, discutiremos dichos conceptos tal como se utilizan en el análisis funcional.

3

Los problemas de comportamiento son complejos

El capítulo 1 ha introducido el papel, la estructura básica y los pros y contras de la formulación de casos clínicos, enfatizando su uso en terapia cognitivo-conductual. Se ha definido el análisis funcional, se ha resaltado su utilidad y se ha presentado un ejemplo de formulación analítico-funcional de un caso clínico (el de María) y de la influencia del análisis funcional sobre los métodos de evaluación utilizados. El capítulo 2 ha presentado los elementos de los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos (FACCD) que se utilizan para representar el análisis funcional, terminando con algunas de las ventajas y de las limitaciones de los FACCD en la práctica clínica.

En este capítulo veremos algunas características de los problemas de comportamiento que constituyen el fundamento conceptual y empírico del análisis funcional. Se mostrará cómo las características de los problemas de comportamiento influyen tanto en la estructura como en el foco sobre el que se centra el análisis, cosa que posteriormente se va a reflejar en los elementos del diagrama analítico-funcional del caso clínico. También se mostrará cómo estas características afectan los métodos de evaluación utilizados para desarrollar el análisis funcional. Primero se proporcionará una descripción de la naturaleza compleja de los problemas de comportamiento. Luego se expondrá por qué nos centramos en éstos y no en trastornos y cómo los pacientes a menudo presentan múltiples problemas. También describiremos las relaciones funcionales entre problemas y la importancia diferencial que éstos tienen para el paciente. Finalmente, presentaremos los diferentes sistemas de respuesta y dimensiones de los problemas de comportamiento, así como la naturaleza condicional y dinámica de los mismos.

1. Visión general de la complejidad de los problemas de comportamiento

Una meta importante del análisis funcional es describir el conjunto de problemas de comportamiento experimentados por un paciente.

Los pacientes a menudo presentan varios problemas de comportamiento, cada uno compuesto de múltiples características interrelacionadas. Cada problema puede implicar varios sistemas de respuesta, y en cada sistema de respuesta se pueden evaluar varias dimensiones, tales como frecuencia o severidad. En este capítulo se examinará la naturaleza compleja de los problemas de los pacientes y las implicaciones que esto tiene en el análisis funcional. En la tabla 3.1 se resumen las características de los problemas de comportamiento relevantes para el análisis funcional, el FACCD y los métodos de evaluación (véase el capítulo 8).

TABLA 3.1

Características de los problemas de comportamiento que resultan relevantes para el análisis funcional (Adaptado de Haynes et al., 2008)

Características	Ejemplos	Implicaciones para el análisis funcional y las estrategias de evaluación
Los pacientes con frecuencia presentan <i>múltiples problemas de comportamiento</i> .	Las personas que buscan tratamiento por drogodependencia con frecuencia tienen problemas afectivos, de ansiedad, psicofisiológicos, interpersonales, etc.	El análisis funcional y la evaluación deben centrarse en varios problemas de comportamiento y deben evitar centrarse prematuramente en un único problema.
Los problemas de comportamiento pueden variar de un paciente a otro en el sistema de respuesta principalmente afectado.	Los trastornos de ansiedad con frecuencia presentan componentes cognitivos, motores y psicofisiológicos cuya importancia relativa puede diferir bastante de un caso a otro, incluso con el mismo problema de comportamiento.	El análisis funcional debe centrarse en el sistema de respuesta más afectado. La evaluación debe ser multimodal para captar los componentes cognitivos, motores, emocionales y fisiológicos de cada problema.
Los problemas de comportamiento tienen <i>muchas</i>	Las conductas maníacas pueden caracterizarse por su frecuencia, magnitud, duración y latencia. La	El análisis funcional debe dirigirse contra las dimensiones más importantes de los problemas de

<i>dimensiones.</i>	importancia relativa de estas dimensiones puede diferir bastante de un caso a otro con el mismo problema de comportamiento.	comportamiento, con frecuencia diferentes de un paciente a otro con el mismo problema.
<i>Naturaleza condicional</i> de los problemas de comportamiento.	La frecuencia de las conductas agresivas de un niño pueden diferir mucho de una situación a otra (v.g., en casa y en el colegio), o de un estado a otro (v.g., cuando está bajo medicación o cuando no lo está).	El análisis funcional debe reflejar el contexto que influye sobre los problemas. Deben obtenerse medidas de los problemas en diferentes ambientes, contextos y estados.
<i>Naturaleza dinámica</i> de los problemas de comportamiento.	Las características, la probabilidad y la naturaleza condicional de los pensamientos ilusorios o de los problemas al dormir pueden cambiar con el tiempo.	El análisis funcional puede tener una validez temporal limitada. Deben utilizarse estrategias de evaluación que muestreen el tiempo de forma apropiada a la frecuencia con que se da el problema.

2. ¿POR QUÉ NOS CENTRAMOS EN LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y NO EN LOS TRASTORNOS?

Los términos «trastorno del comportamiento» y «problema del comportamiento» se refieren a un comportamiento o a un conjunto concreto de acciones, pensamientos, emociones o estados psicofisiológicos que covarían y a los que nos solemos referir como «trastornos mentales». En España y otros países, las dos principales fuentes para definir los trastornos del comportamiento son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En dichos manuales, un «trastorno mental» se define como «un síndrome o un patrón comportamental o psicológico clínicamente significativo que se da en un individuo y se asocia a malestar presente (tal como el síntoma de dolor), a discapacidad (tal como empeoramiento de una o más áreas importantes de funcionamiento) o al riesgo de un aumento significativo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o pérdida importante de libertad» (APA, 2000, p. XXIX).

No obstante lo anterior, en el presente libro vamos a utilizar los términos «trastorno del comportamiento» y «problema del comportamiento,» para expresar conceptos distintos. Con el término «trastorno del comportamiento» (o «trastorno mental») nos referiremos a un conjunto de comportamientos que a menudo ocurren

juntos, un «síndrome clínico» que cumple ciertos criterios diagnósticos (véase, por ejemplo, Anarte y Godoy, 2004). El trastorno de estrés postraumático (PTSD, numerado como 309.81 en el DSM-IV) sirve como ejemplo. Según el DSM-IV, un diagnóstico de PTSD requiere que se cumplan varios criterios: *a*) la persona debe haber pasado por un acontecimiento traumático severo (tal como un asalto físico); *b*) el acontecimiento traumático se re-experiencia (por ejemplo, como pensamientos intrusos); *c*) la persona presenta comportamiento de evitación o experimenta entumecimiento emocional (tal como evitar las actividades asociadas al acontecimiento traumático); *d*) la persona experimenta síntomas de hiperactivación (tales como respuestas exageradas de susto), y *e*) los síntomas deben estar presentes por lo menos durante un mes.

En muchos casos, un diagnóstico de trastorno de comportamiento depende también de criterios temporales y de exclusión. Por ejemplo: *a*) un diagnóstico de trastorno delirante (designado con el número 297.1 en el DSM-IV) puede darse sólo si la alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (v.g., droga o medicamento); *b*) un diagnóstico de un trastorno psicótico breve (298.8 en el DSM-IV) se puede dar sólo si la alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos; *c*) un diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia (300.21 en el DSM-IV) se puede dar sólo si las crisis de angustia no pueden explicarse mejor mediante otro trastorno, como la fobia social; *d*) para un diagnóstico de esquizofrenia (v.g., el numerado como 295.30 en el DSM-IV), los síntomas característicos (tales como ideas delirantes o alucinaciones auditivas) deben estar presentes por lo menos durante la mayor parte de un mes; *e*) para un diagnóstico de crisis de angustia (v.g., trastorno de angustia sin agorafobia, 300.01 en el DSM-IV) el ataque de pánico debe ir seguido en el plazo de un mes por inquietud persistente o preocupación, o asociarse a cambios significativos del comportamiento.

Con la expresión «problema del, comportamiento», por el contrario, haremos referencia a cualquier comportamiento (es decir, pensamiento, acción, emoción, respuesta fisiológica) que se asocie a daño, malestar, deterioro o preocupación, tanto si cumple como si no cumple los criterios de un diagnóstico formal.

Ejemplos de problemas de comportamiento son las pesadillas, los déficits específicos de habilidades sociales, el estado de ánimo deprimido, las amenazas y la violencia (tales como las que se producen en una unidad psiquiátrica o en el acoso escolar), la hiperactividad, los conflictos matrimoniales, los atracones de comida, la presión arterial elevada, el dolor crónico, los pensamientos

paranoicos, el golpearse la cabeza, las interrupciones intempestivas cuando se está intentando consensuar un acuerdo, el comportamiento negativista, el no tomar la medicación prescrita, la ansiedad en situaciones sociales y los pensamientos indeseados repetitivos.

Así pues, todos los trastornos mentales son problemas de comportamiento, pero no todos los problemas de comportamiento son trastornos mentales. Por ejemplo, la depresión mayor es un problema de comportamiento que constituye un trastorno mental. Sin embargo, las peleas en una familia son problemas de comportamiento que no constituyen trastorno mental alguno. Sólo aquellos problemas que cumplen determinados criterios diagnósticos constituyen trastornos mentales.

En general, comparados con los trastornos, los problemas de comportamiento son a menudo más específicos y homogéneos y al establecerlos no se suelen utilizar criterios temporales o de exclusión. Por el contrario, entre las limitaciones del uso de los problemas de comportamiento (en lugar del de los trastornos) está el que los problemas no están formalmente definidos y que su definición operativa suele cambiar de un clínico o investigador a otro.

Para el análisis funcional, la evaluación, la investigación y el tratamiento clínicos, los problemas de comportamiento son a veces un objetivo más relevante que los trastornos. Los profesionales de la salud mental con frecuencia tratan a personas con problemas de comportamiento importantes que no cumplen los criterios formales para clasificarlos como trastorno (a veces se utiliza en estos casos la expresión «trastorno subclínico»). El ataque de pánico es un ejemplo (véase Smits et al. 2006). El ataque de pánico es un criterio para el diagnóstico formal de trastorno de angustia (DSM-IV 300.01, 300.21) y puede incluir síntomas tales como palpitaciones del corazón, opresión torácica, miedo a morir y sentimientos de inestabilidad o mareo. Pero experimentar ataques de pánico no es suficiente para diagnosticar trastorno de angustia. Para diagnosticarlo también hay que atender a consideraciones temporales (tales como preocupación, durante al menos un mes, por las implicaciones del ataque de pánico), a la exclusión de otros diagnósticos alternativos (tales como fobia social o fobia específica), y a la exclusión de determinadas causas (el ataque de pánico no puede ser el resultado de la exposición a situaciones temidas, sociales o de otro tipo, o al uso de drogas o fármacos). Un clínico puede desarrollar un análisis funcional que guíe el tratamiento de pacientes con ataques de pánico sin importar si se cumplen o no todos los criterios diagnósticos de dicho trastorno. También se pueden identificar

los factores que afectan los pensamientos intrusos indeseados de un paciente y desarrollar estrategias para reducir su probabilidad o influencia incluso si el paciente no cumple los criterios diagnósticos para un trastorno formal del comportamiento, tal como trastorno de estrés postraumático o trastorno obsesivo-compulsivo.

En los ejemplos dados en capítulos anteriores debe advertirse que los problemas de comportamiento varían según su grado de especificidad y según el sistema de respuesta principalmente afectado, así como que cada problema de comportamiento puede definirse operacionalmente de varias formas.

Por *sistema de respuesta* entendemos la forma, clase o método de un comportamiento. Los sistemas de respuesta son maneras de organizar tipos de comportamientos.

Ejemplos de sistemas de respuesta son las acciones observables, el comportamiento verbal, la actividad cognitiva (como pensamientos o creencias), las respuestas fisiológicas, y la combinación de todos ellos, tales como los comportamientos «emocionales» (v.g., la ansiedad).

El nivel de *especificidad* es una consideración importante en el análisis funcional y se refiere sobre todo al grado de concreción de los componentes de los problemas de comportamiento¹. El nivel de especificidad de un problema se refiere al número de comportamientos de nivel inferior clínicamente útiles que se pueden incluir dentro del mismo. Por ejemplo, el comportamiento de alto nivel al que podríamos llamar «conflicto matrimonial» puede incluir elementos de nivel inferior, tales como déficits de solución de problemas, atribuciones negativas, atención selectiva a los comportamientos negativos, e ira. Los déficits de solución de problemas, a su vez, pueden incluir elementos de nivel aún más bajo, tales como comentarios ácidos o interrupciones intempestivas, cada uno de los cuales puede ser un blanco importante para la evaluación y el tratamiento y cada uno de los cuales puede definirse de muy diversas maneras. La figura 3.1 ilustra varios niveles de especificidad de un trastorno depresivo (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, 296.xx del DSM-IV).

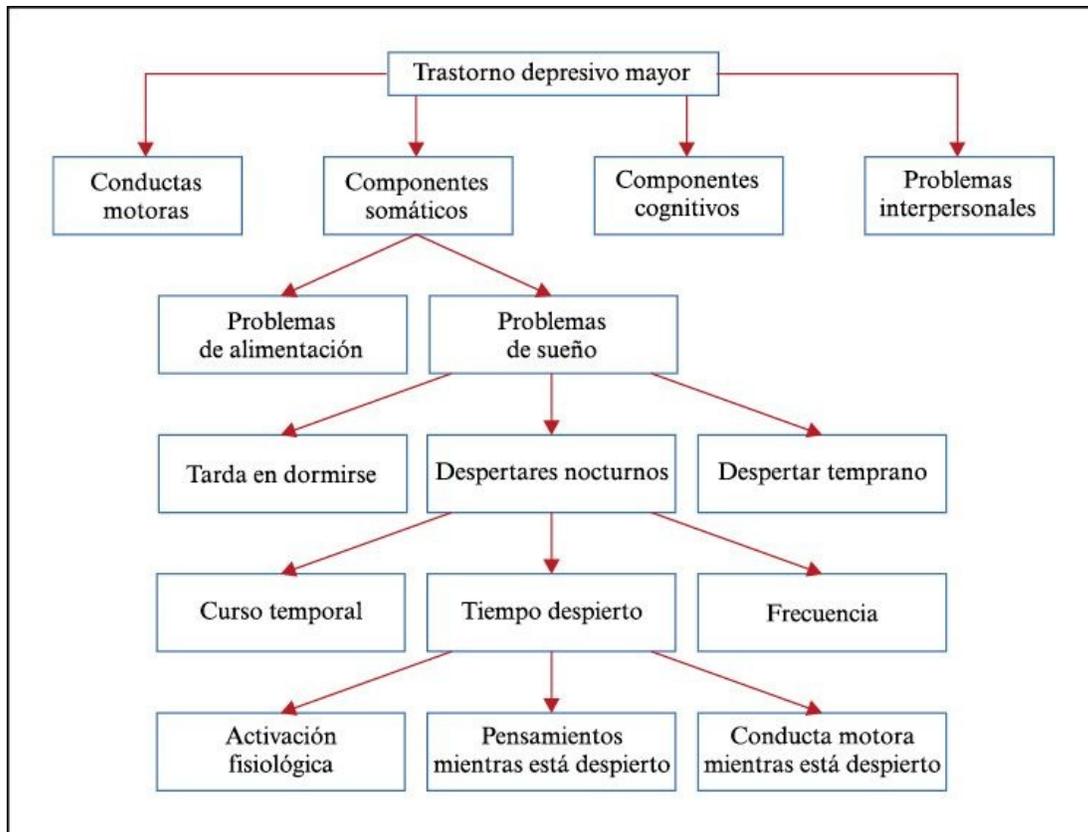


Figura 3.1.—Ejemplo de seis niveles de especificidad, comenzando con trastorno depresivo mayor, con cuatro componentes principales, cada uno de los cuales tiene múltiples componentes, etc. (reproducido con permiso, Haynes, 2004).

Debido a que los problemas de comportamiento se pueden reducir continuamente a niveles cada vez más específicos, utilizamos la expresión especificidad funcional para referirnos al nivel óptimo de especificidad. La *especificidad funcional* se refiere al nivel de especificidad óptimo para la toma de decisiones clínicas. Los problemas de comportamiento en niveles más bajos de especificidad serían excesivamente heterogéneos y no ayudarían en la toma de decisiones.

Ejemplos de problemas de comportamiento que son insuficientemente específicos son «niveles bajos de autoestima», «depresión» o «insomnio», y todos tienen componentes múltiples que puedan diferir según las personas y cada componente puede venir influido por diversas variables causales.

Aunque el análisis funcional es aplicable a los trastornos y a los problemas de comportamiento (así como a las metas del tratamiento), nos centraremos en los problemas de comportamiento, en lugar de en los trastornos, por varias razones.

Primero, como acabamos de observar, los profesionales de la salud a menudo tratan a personas con problemas importantes o muy molestos pero que no cumplen

los criterios formales de un diagnóstico. Por ejemplo, aunque solamente el 2-3 por 100 de la población cumple los criterios del DSM para el trastorno obsesivo-compulsivo, en torno al 25 por 100 experimenta algún tipo de síntoma obsesivo o compulsivo molesto (véase Zucker, Craske, Blackmore y Nitz, 1996).

En segundo lugar, muchas personas que buscan tratamiento para sus problemas de comportamiento reciben la categoría de «no especificado», una etiqueta que refleja la heterogeneidad y ambigüedad de las clasificaciones diagnósticas actuales. Un ejemplo sería un paciente que recibe un diagnóstico DSM de «trastorno de la conducta alimentaria no especificado» (DSM: 307.50). Esta etiqueta se puede aplicar cuando el paciente ha disminuido seriamente su aportación calórica y cuando se permite frecuentes atracones de comida seguidos de vómitos autoproducidos, pero no cumple otros criterios necesarios para aplicar alguna categoría de diagnóstico especificada, tal como anorexia nerviosa, que requiere que la persona esté al menos el 15 por 100 por debajo del peso esperable y que presente miedo a engordar y una percepción de su imagen corporal significativamente distorsionada. Un análisis funcional del paciente nos ayudaría a entender su problema de comportamiento y a diseñar el tratamiento, tanto si el paciente cumple como si no todos los criterios diagnósticos formales.

Tercero, los múltiples problemas de comportamiento asociados con la mayoría de las categorías diagnósticas presentan niveles bajos o moderados de covariación. Por ejemplo, fatiga, irritabilidad y alteración del sueño son todos indicadores del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), a pesar de que existe evidencia de que sólo presentan niveles moderados de covariación. Esto significa que las personas con este diagnóstico probablemente difieren en los síntomas (problemas específicos del comportamiento) que manifiestan. Con esta heterogeneidad, los datos sobre las relaciones funcionales relevantes para una categoría diagnóstica (por ejemplo, los datos que muestran una correlación significativa entre TAG y consumo de alcohol) son difíciles de interpretar porque van a reflejar las relaciones funcionales de algunos pero no todos los problemas de comportamiento asociados al TAG.

Cuarto, la mayoría de los diagnósticos DSM pueden ser el resultado de múltiples combinaciones de síntomas. Por ello, personas con el mismo diagnóstico pueden presentar problemas de comportamiento muy diversos. Volviendo a nuestro ejemplo de TAG, un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada puede aplicarse con cualquiera de los tres problemas siguientes: agitación, fatiga, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y

alteraciones del sueño. En estos ejemplos, los elementos del análisis funcional diferirán según los pacientes (aunque tengan el mismo diagnóstico), dependiendo del conjunto de síntomas que se han tenido en cuenta al diagnosticarlos.

Como dijimos en el capítulo 1, el análisis funcional destaca la identificación de las variables causales importantes del problema del paciente. Centrarse en los trastornos de comportamiento, integrados por síntomas heterogéneos, tales como los del DSM-IV, o del CIE-10, puede dificultar la descripción y explicación de las causas de los problemas y la construcción de un análisis funcional válido. Las variables causales que afectan un síntoma (v.g., la fatiga en el TAG) pueden diferir de las variables causales que afectan otro síntoma (v.g., las dificultades de concentración). Un análisis funcional que se centra en un trastorno cuando hay un nivel bajo de covariación entre sus componentes (lo que es verdad para casi todos los trastornos del comportamiento) conduce a una estimación de sus relaciones causales poco clara y poco precisa. Por ello, la validez y utilidad clínica del análisis funcional se reduce.

Quinto, y relacionado con el problema de la heterogeneidad de las categorías diagnósticas recién discutidas, los diagnósticos utilizan estrategias categoriales de etiquetado (es decir, una persona cumple o no cumple los criterios diagnósticos de un trastorno particular). Sin embargo, se puede decir que muchos problemas de comportamiento caen en torno a la mitad de la escala de severidad o de frecuencia. Como Widiger (2009) ha señalado, la naturaleza compleja, condicional y dinámica de los trastornos del comportamiento y de sus causas no queda bien representada en los sistemas diagnósticos. Si centramos el análisis funcional en un trastorno de comportamiento, estaríamos intentando explicar un diagnóstico, que da una imagen estática de lo que le ocurre a la persona, en vez de intentar explicar por qué un paciente experimenta diferentes grados de estado de ánimo deprimido a lo largo del tiempo o según las circunstancias, qué factores influyen sobre el inicio del sueño de un paciente, o por qué a veces éste tiene dificultades para concentrarse.

No obstante, a pesar de lo dicho en los párrafos anteriores, el diagnóstico de un trastorno del comportamiento puede guiar en la evaluación de síntomas que, de otra forma, quedarían inexplorados, así como en la evaluación de otros trastornos comórbidos que suelen asociarse a dicho diagnóstico.

En resumen, el análisis funcional destaca factores importantes que afectan los problemas específicos de un paciente, como su estado de ánimo deprimido, sus pensamientos obsesivos o sus conflictos matrimoniales, independientemente de su

diagnóstico formal. Estos problemas de comportamiento son blancos relevantes del tratamiento porque con frecuencia son importantes para la persona y se asocian con deterioro funcional (es decir, deterioro en la vida de la persona en su papel de estudiante, trabajador, padre o esposo). La base conceptual, la fiabilidad, las implicaciones sociales, los costes y ventajas y las cuestiones de evaluación relacionadas con los sistemas de diagnóstico y clasificación en psicopatología han sido el tema de centenares de estudios y artículos². Tanto si se trata de trastornos como de problemas de comportamiento, es esencial que estén evaluados con tanta precisión como sea posible. Las evaluaciones inexactas reducen la validez de los análisis funcionales.

En los capítulos 7, 8 y 9 presentaremos los conceptos básicos de evaluación y medición importantes en el análisis funcional clínico. En las secciones siguientes continuaremos nuestra exposición de las características de los problemas de comportamiento que influyen sobre la forma y la estructura del análisis funcional, siendo importante que no olvidemos que un paciente presenta generalmente más de un problema de comportamiento.

3. LOS PACIENTES PRESENTAN CON FRECUENCIA MÚLTIPLES PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

Como hemos podido observar (véase el caso de María en el capítulo 1), una de las primeras tareas del análisis funcional es especificar los problemas de comportamiento de un paciente, así como sus relaciones funcionales. Las personas que buscan ayuda psicológica con frecuencia tienen varios problemas de comportamiento, tanto si pueden clasificarse como trastornos mentales como si no. Por ejemplo, hasta un 99 por 100 de los niños con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo tienen al menos un trastorno de comportamiento comórbido (Ross, Heinlein y Tregellas, 2006), como depresión (el 30 por 100), trastorno negativista desafiante (el 43 por 100), o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (el 84 por 100). De la misma forma, se sabe que el 51 por 100 de adolescentes y el 59 por 100 de adultos con trastornos de ansiedad tienen trastornos comórbidos, como depresión (Bassiony, 2005; Essau, 2003). Entre las personas con trastorno alimentario, el 49 por 100 también tienen algún trastorno de personalidad (Ilkjaer et al., 2004). El abuso de sustancias inhaladas (tales

como nitrato amónico u óxido nítrico) presenta una alta comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo (48 por 100), de ansiedad (36 por 100) y de la personalidad (45 por 100; Wu y Howard, 2007)³.

3.1. ¿Por qué los pacientes presentan múltiples problemas de comportamiento?

Son diversos los motivos por los que los pacientes presentan múltiples problemas de comportamiento⁴:

- a) Porque comparten la misma variable causal. Por ejemplo, cuando el dolor crónico produce tanto alteraciones del sueño como estado de ánimo deprimido (Davison y Jhangri, 2005).
- b) Porque un problema de comportamiento sirve como variable causal para otro. Por ejemplo, cuando la ansiedad social conduce a que se abuse del alcohol para reducir dicha ansiedad (Morris, Stewart y Ham, 2005).
- c) Porque son el resultado de variables causales distintas pero que covarían. Por ejemplo, cuando el divorcio reciente de una persona produce un estado de ánimo deprimido; o cuando su cambio de residencia fuera del que hasta ahora había sido su hogar produce una preocupación excesiva por su seguridad personal.

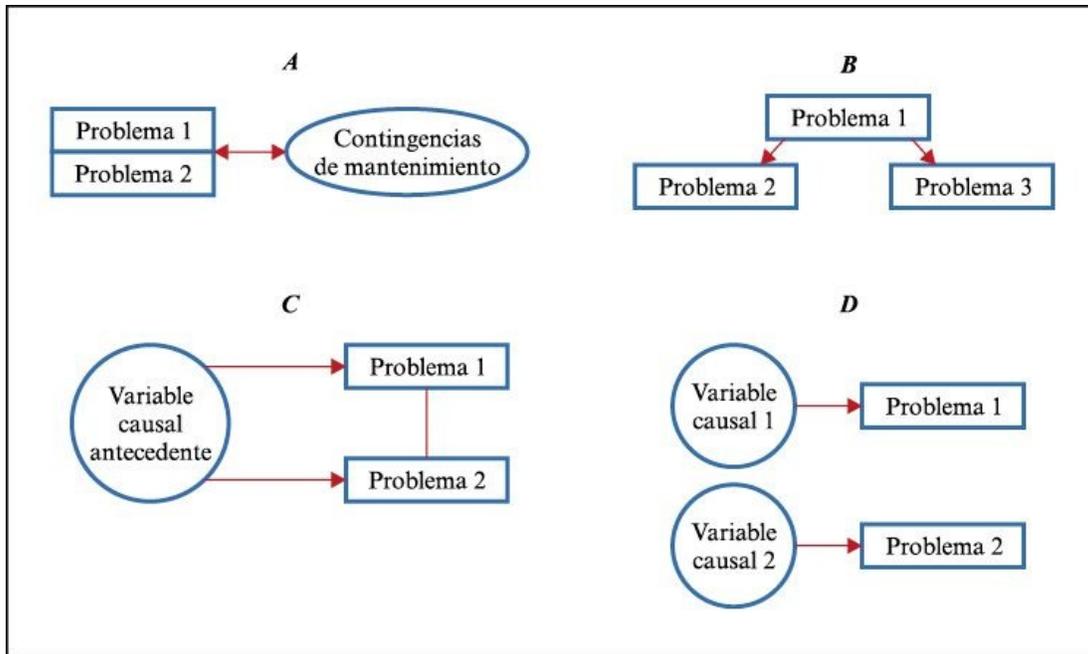


Figura 3.2.—Cuatro ejemplos de cómo se pueden producir múltiples problemas de comportamiento.

Ejemplos de variables causales que pueden desencadenar problemas de comportamiento múltiples son: *a*) evitación de sensaciones desagradables o ambientes aversivos, lo que puede conducir a evitación social, uso de drogas, purgas, o autolesiones; *b*) una vía neurofisiológica común, compuesta por los mismos neurotransmisores y los mismos centros cerebrales, como la amígdala y el hipotálamo, que afecta los trastornos del estado de ánimo deprimido, el sueño, la reactividad emocional y la ansiedad; *c*) los problemas graves de la vida, que pueden conducir al consumo de drogas, a un estado de ánimo deprimido, a conflictos matrimoniales, a pensamientos paranoicos y a trastornos del sueño; *d*) las contingencias inadecuadas de respuesta (por ejemplo, de los padres o de miembros del personal sanitario), que pueden producir comportamientos antisociales, agresivos, rebeldes, desobedientes o de rabieta, así como habilidades sociales escasas.

Algunas personas se encuentran expuestas a múltiples variables causales concurrentes e interrelacionadas. Aunque cada variable causal puede afectar a problemas de comportamiento diferentes (como en el diagrama D en la figura 3.2), la relación entre variables causales puede dar lugar a una aparente relación funcional entre problemas de comportamiento, cuando de hecho no se influyen unos a otros. Por ejemplo, un padre con un hijo enfermo puede también estar

experimentando al mismo tiempo problemas laborales, problemas personales de salud, conflictos matrimoniales y disminución del apoyo social (obsérvese la relación funcional potencial entre algunas de estas variables). Un posible resultado para quien hace frente a este conjunto de desgracias sería toda una variedad de problemas de comportamiento, tales como pérdida de sueño, trastornos alimentarios y síntomas depresivos y de ansiedad, pudiendo todos ellos covariar entre sí de acuerdo con los cambios comunes en sus variables causales.

Saber que alguien tiene múltiples problemas de comportamiento y entender las relaciones funcionales entre ellos influye sobre las decisiones de tratamiento que hacemos. Considérense los focos de tratamiento que producirían un efecto máximo en cada una de las tres relaciones funcionales representadas en la figura 3.2. En la relación funcional B, el blanco del tratamiento que tendría el efecto mayor sobre los tres problemas de comportamiento es el problema 1. La mejora en este problema de comportamiento conduciría a la mejoría en los problemas 2 y 3. Un ejemplo concreto sería que el problema 1 representara conflictos matrimoniales; el problema 2, uso de sustancias; y el problema 3, problemas del sueño. En este caso, un tratamiento que apunte a los problemas del sueño tendría poco efecto total para el paciente (si se asume que todos son igualmente importantes).

Comparemos ahora B con D en la figura 3.2, donde los problemas de comportamiento tienen causas independientes y sin relación. La intervención sobre un problema concreto no tendría ningún efecto en los restantes, haciendo necesaria una intervención más amplia para ayudar lo más posible al paciente.

Nos hemos centrado en la forma en que las relaciones causales y las características de los sistemas diagnósticos pueden explicar el hecho de que muchos pacientes presenten múltiples problemas de comportamiento. La probabilidad de que el análisis funcional de un paciente incluya múltiples problemas de comportamiento también depende de cómo se definan los problemas y los trastornos del comportamiento, así como de las estrategias de evaluación y de toma de decisiones que utilice el clínico. Para apreciar cómo las definiciones de los trastornos del comportamiento afectan la aparente comorbilidad, considérense cómo trastornos del comportamiento como la fobia social, el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno por estrés postraumático (DSM-IV-TR; APA, 2000) incluyen combinaciones de los mismos síntomas, tales como ansiedad subjetiva, activación fisiológica, comportamientos de evitación y preocupación. Por ello, quien cumple los criterios para uno de

estos trastornos tiene una mayor probabilidad de cumplir los criterios para otro debido al solapamiento de síntomas entre categorías.

Un solapamiento similar de síntomas se ha observado entre otras clases de trastornos del comportamiento, tales como los trastornos de personalidad (Clark, 2007), los trastornos de ansiedad infantil (Last, Strauss y Francis, 1987) y los trastornos graves de la niñez (Mash y Terdal, 2007). En resumen, muchos problemas de comportamiento se asocian a varios trastornos.

Como expondremos en los capítulos 7 y 8, la probabilidad de que se identifiquen múltiples problemas de comportamiento depende también de qué estrategias de evaluación utilice el clínico⁵. Aunque presentaremos los errores más frecuentes en el análisis funcional en el capítulo 5, queremos resaltar aquí que los clínicos a veces centran demasiado rápidamente su evaluación en un problema particular y descuidan examinar el resto de los problemas. Esto es especialmente probable cuando los problemas iniciales son muy llamativos para el clínico o para el paciente, tales como comportamientos suicidas, episodios depresivos mayores, episodios de pánico muy incapacitantes, conflictos matrimoniales graves, o anorexia severa. También puede darse esto cuando un paciente informa de un problema que coincide con las expectativas del clínico, tal como puede ocurrir cuando nos centramos en los comportamientos compulsivos de un paciente porque se muestra rígido, perfeccionista y tiquismiquis en su contacto durante las sesiones clínicas de evaluación. Centrar el tratamiento de forma tan prematura disminuye la probabilidad de que el clínico detecte otros problemas importantes.

4. LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO PUEDEN INFLUIRSE UNOS A OTROS

La figura 3.2 B ilustra una característica de los problemas de comportamiento de muchos pacientes y un elemento importante del análisis funcional: los problemas de comportamiento pueden estar funcionalmente relacionados entre sí. Es decir, un problema puede influir en otros problemas. Ejemplos de relaciones funcionales entre varios problemas de comportamiento aparecen en las figuras 2.12 y 2.14 del capítulo 2 y en los casos del anexo II.

La figura 3.3 ejemplifica varias formas de relaciones funcionales entre cuatro

problemas de comportamiento. Obsérvense las implicaciones para el tratamiento de estas relaciones funcionales: la intervención centrada en la ansiedad también afectaría fuertemente el aislamiento social y el consumo de alcohol y, en menor medida, los síntomas depresivos. A su vez, la mejoría del aislamiento social y de los síntomas depresivos se retroalimentarían entre sí. Por ello, centrar el tratamiento sobre la ansiedad tendría un efecto mayor que si lo centráramos sobre alguno de los otros problemas. Las intervenciones centradas en otros problemas también beneficiarían al paciente, aunque en un grado menor, ya que no influirían tanto sobre el resto de sus problemas, siendo la intervención menos efectiva (aunque, sin duda, beneficiosa) aquella que se centrara sobre el consumo de alcohol.

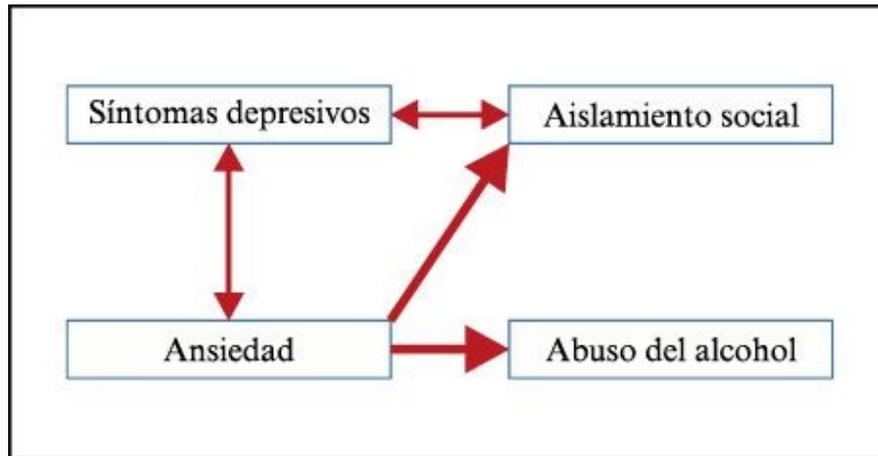


Figura 3.3.—Ejemplo de las relaciones funcionales (unidireccionales y bidireccionales) entre los cuatro problemas de comportamiento de un paciente.

La figura 3.4 pone de manifiesto la importancia para el análisis funcional de la forma en que concebimos las relaciones funcionales entre los problemas de comportamiento. Dado que la mayoría de los tratamientos constan de múltiples componentes, en la figura 3.4 el efecto mayor vendrá dado por un tratamiento que produzca cambios en Y_2 en el ejemplo A, Y_1 en el ejemplo B, e Y_3 en el ejemplo C. Suponiendo que Y_1 , Y_2 e Y_3 representan conflictos matrimoniales, abuso de sustancias y problemas de sueño, respectivamente, el tratamiento indicado sería muy distinto en uno y otro caso, dependiendo de las relaciones funcionales entre los problemas de comportamiento. Estos ejemplos sirven para poner de manifiesto que las relaciones funcionales entre los problemas de comportamiento

de una persona son un factor importante al decidir sobre cómo debe focalizarse el tratamiento para obtener el mayor efecto posible.

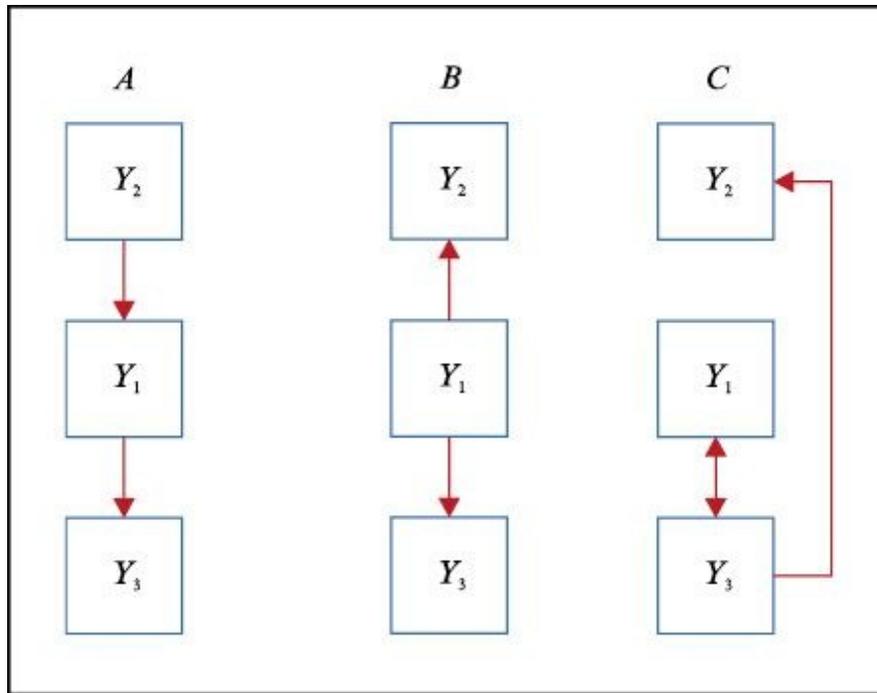


Figura 3.4.—Ejemplo de tres patrones de relaciones funcionales entre varios problemas de comportamiento.

Ahora bien, no sólo las relaciones funcionales entre problemas de comportamiento poseen una fuerza distinta. Los problemas también difieren unos de otros en importancia.

5. LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO DE UN PACIENTE DIFIEREN EN SU IMPORTANCIA

En las secciones anteriores hemos visto cómo las relaciones funcionales entre los diferentes problemas de un paciente son elementos esenciales del análisis funcional, ya que afectan las decisiones acerca de dónde enfocar los esfuerzos del tratamiento. Sin embargo, necesitamos saber más sobre los problemas del paciente para estimar la magnitud del efecto de los posibles focos de tratamiento. Para ello, otro elemento esencial del análisis funcional es la *importancia* del problema de comportamiento (véase un ejemplo en la figura 2.2 del capítulo 2).

La *importancia* de los problemas de un paciente se puede concebir como el peso relativo o valor asociado a cada uno de dichos problemas.

Como ocurre con todos los elementos del análisis funcional, estos juicios ayudan al clínico a estimar las ventajas relativas (la magnitud relativa del efecto) cuando se enfoca el tratamiento sobre cada variable causal señalada por el análisis funcional. En pocas palabras, los pacientes se benefician más cuando se modifica un problema importante que cuando se modifica un problema poco importante. Piénsese en las ventajas relativas para un paciente si podemos ayudarle a reducir sus molestos episodios de alteración del sueño en contraposición a ayudarle a reducir los graves episodios de atracones de comida.

El impacto de la *importancia* que se asigne al problema en las decisiones de tratamiento se ilustra en la figura 3.5. En este diagrama esquemático, Y_3 se ha clasificado como considerablemente más importante que Y_1 e Y_2 . Si el resto de los elementos del análisis funcional (como la fuerza de las relaciones o la modificabilidad de las variables causales) fueran iguales, el beneficio mayor para este paciente estaría asociado a la modificación de la variable causal X_2 (ya que le solucionaría su problema más importante). Hemos complicado el FACCD un poco mostrando dos efectos de X_1 para que se vea que la magnitud relativa del efecto de X_1 , en comparación con X_2 , también depende de otros elementos del análisis funcional, tales como la importancia relativa de Y_3 comparada con la de Y_1 e Y_2 juntos. En resumen, modificar X_1 soluciona dos problemas, pero de poca importancia, en tanto que modificar X_2 únicamente soluciona un problema, pero mucho más importante que los otros dos.

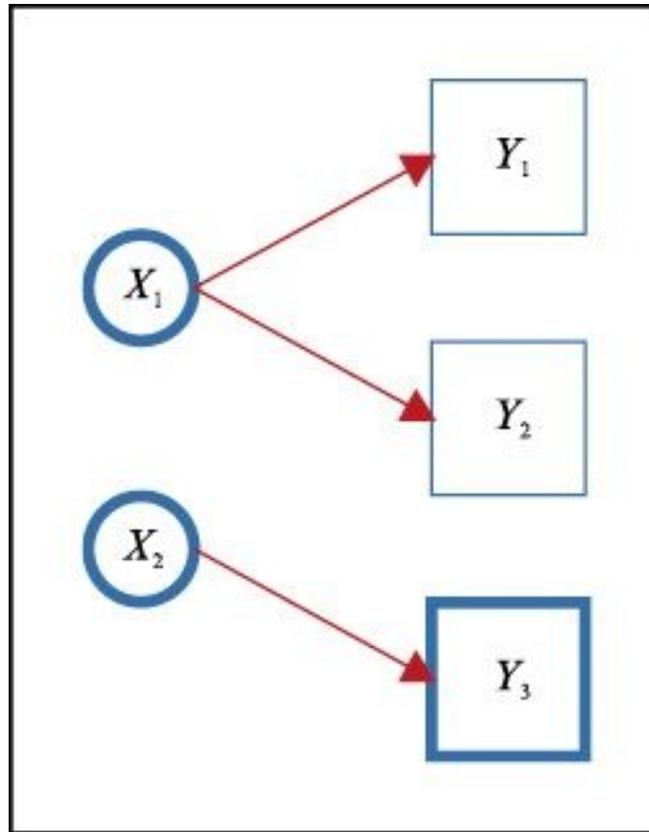


Figura 3.5.—Ejemplo de la magnitud diferencial del efecto de los cambios en el problema Y_3 , comparado con los problemas Y_1 e Y_2 . Adviértase que la magnitud relativa del efecto de cambiar X_1 o X_2 también depende de la importancia relativa de los tres problemas de comportamiento.

No debe olvidarse, sin embargo, que, como dijimos en la sección anterior, el mayor o menor beneficio (o magnitud del efecto) de un tratamiento también depende de las relaciones funcionales entre los problemas de comportamiento.

Estimar la importancia relativa de los problemas de un paciente puede resultar difícil porque constituye un meta-juicio clínico que se basa en otros juicios más simples. Estos juicios son «relativos» en la mayoría de los casos en el sentido de que representan la importancia de los problemas de un paciente particular (véase apéndice). En consonancia con la naturaleza idiográfica del análisis funcional, los mismos problemas de comportamiento pueden diferir en importancia de un paciente a otro.

La valoración de la importancia también debe realizarse cuando el análisis funcional pretende conseguir, en lugar de la reducción de problemas de comportamiento, el logro de metas positivas, tales como relacionarse más con otras personas o aumentar los comportamientos afectuosos con la pareja. En estos

casos, la magnitud del efecto será mayor cuanto más importantes para el paciente sean las metas alcanzadas. Por ejemplo, un paciente puede valorar más el objetivo de «comunicar mejor mis sentimientos a mi esposo» que el objetivo de «ayudarme a tratar con un compañero de trabajo metomentodo».

Las estimaciones de la importancia relativa de los problemas de un paciente se pueden derivar de múltiples fuentes interrelacionadas:

1. *La frecuencia o la magnitud del problema.* Por ejemplo, la importancia puede reflejar la frecuencia o la severidad relativa en un determinado paciente de sus problemas de abuso de alcohol, episodios de pánico y atracones de comida.

2. *Los efectos del problema.* Esto es, la creencia de que es probable que el problema produzca daños para el paciente o para otros. Por ejemplo, con un niño que se golpea la cabeza y que presenta ecolalia, golpearse la cabeza puede considerarse más importante debido a la posibilidad de terminar en lesión física. Por razones similares, en unidades psiquiátricas, el comportamiento agresivo probablemente será considerado más importante que la escasa actividad física, debido al peligro potencial para el personal y para otros pacientes. Las secuelas de los problemas de comportamiento pueden ser tan diferentes como el deterioro cognitivo (v.g., el producido por falta de sueño), los riesgos para la salud (v.g., los asociados al uso de drogas), el encarcelamiento (v.g., por exhibicionismo), los aprietos económicos (v.g., por episodios maníacos) o las consecuencias negativas para otros (v.g., las producidas por las palizas a la pareja). Las consecuencias de los problemas, que también pueden representarse en los FACCD, suelen ser un factor de primer orden al estimar la importancia relativa de los problemas.

3. *El grado de impacto en la calidad de vida subjetiva del paciente.* Los pacientes difieren en el grado en que experimentan malestar o creen que su calidad de vida se ve afectada por las dificultades matrimoniales, el estado de ánimo deprimido, las alteraciones del sueño o los problemas de salud. Estas estimaciones de la importancia de los problemas suelen basarse en informes subjetivos del paciente durante el proceso de evaluación.

4. *El grado de deterioro funcional asociado a un problema.* La importancia de un problema para un paciente se relaciona a veces con el grado en que dicho

problema objetivamente deteriora su vida. Es decir, el grado en que un dolor crónico, un estado de ánimo deprimido o un problema de abuso del alcohol interfieren en el trabajo, el matrimonio, el ocio o el funcionamiento familiar.

5. *Los problemas de comportamiento que interfieren con el progreso en terapia.* Un problema puede ser importante porque afecta el logro de otras metas de tratamiento. Los comportamientos que interfieren o dificultan el tratamiento pueden ser muy diferentes entre sí, dependiendo del foco, del contexto y de la estrategia terapéutica. Por ejemplo, el tratamiento del comportamiento auto-lesivo de un niño puede dificultarse por sus comportamientos persistentes de escape durante las sesiones de entrenamiento. En este ejemplo, los comportamientos autolesivos son potencialmente más perjudiciales. Sin embargo, un tratamiento eficaz del comportamiento autolesivo depende de la reducción de los comportamientos de escape. En otros ejemplos, el tratamiento farmacológico de los problemas de ansiedad de un paciente puede ser difícil de aplicar debido a las dilaciones, al descuido o a las expectativas de resultados negativos; el tratamiento del estilo disfuncional de comunicación de la pareja se puede ver obstaculizado por las percepciones paranoicas de uno de los esposos; el progreso en terapia cognitivo-conductual se puede dificultar en muchos pacientes por las respuestas emocionales del paciente hacia el terapeuta⁶. Linehan (1993) y Koerner y Linehan (1997) han expuesto cómo las estrategias del tratamiento dialéctico, sobre todo con personas diagnosticadas con trastornos de personalidad, se centran primero en los problemas más importantes y luego en los menos importantes. En este tipo de terapia, la importancia de los problemas se juzga por el posible peligro o deterioro que conllevan (incluyendo el deterioro del proceso terapéutico). La primera etapa de la terapia se centra típicamente en los comportamientos suicidas, homicidas o, de alguna forma, peligrosos para la vida. Posteriormente, el foco se vuelve hacia los comportamientos que disminuyen la calidad de vida del paciente y hacia los comportamientos necesarios para promover cambios positivos en su vida. De forma parecida a lo que hemos defendido antes (que existen factores —además de las causas representadas en el FACCD— que afectan las decisiones de tratamiento), la terapia dialéctica de Linehan también trata los comportamientos que interfieren con la terapia.

Las estimaciones de la importancia de un problema se basan en información

procedente de múltiples fuentes. En muchos casos de terapia de adolescentes, de adultos y de familia, la fuente más frecuente de estas estimaciones es el propio paciente. Por ejemplo, después de identificar los problemas, un clínico puede pedirle al paciente que clasifique en una escala de 5 puntos la importancia relativa de cada problema. Persons (Persons y Davidson, 2001; Persons y Bertagnolli, 1994) ha diseñado una lista de problemas como parte de su formulación de casos clínicos. Así, el paciente puede clasificar sus problemas según el nivel de importancia subjetiva. Los juicios sobre la importancia relativa de los problemas (y de las metas de tratamiento) se pueden también basar en la información de terceros, tales como profesores, miembros del personal o padres. Sin embargo, hay que ser cautelosos cuando se usa esta estrategia de evaluación, ya que la información de terceros puede venir sesgada. Esto es, la importancia asignada por terceros puede reflejar más el grado en que le molestan los problemas al informador o cómo los valora éste, que lo molestos que son para el paciente o el grado en que se asocian a deterioro funcional o a peligro real. Aunque las estimaciones de terceros son una fuente importante de datos en la evaluación del comportamiento, los padres, los profesores o el personal psiquiátrico pueden clasificar como más importantes los problemas que les resultan más molestos.

Una vez aclarado el orden de importancia de cada problema de comportamiento en el paciente, es preciso atender a los múltiples modos de respuesta de cada problema.

6. LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO TIENEN MÚLTIPLES MODOS DE RESPUESTA

Como observamos en capítulos anteriores, el modo de respuesta de un problema de comportamiento se refiere a su forma o tipo. Existen varias formas de clasificar los modos de respuesta. Una clasificación muy conocida es la de Arthur Staats, que diferencia entre repertorios «lingüístico-cognitivos», «sensorio-motores» y «emocional-motivacionales» (Staats, 1986, y en castellano, Staats, 1999). Sin embargo, los modos de respuestas más frecuentemente utilizados constan de cinco categorías solapadas: *a*) acciones abiertas (comportamiento motor observable); *b*) comportamiento verbal (como informes subjetivos de malestar); *c*) actividad cognitiva o contenidos cognitivos (como

pensamientos o creencias); *d*) respuestas fisiológicas (como cambios en la presión arterial), y *e*) sus combinaciones, tales como comportamientos «emocionales» (como el concepto de *priming* emocional positivo o negativo propuesto por Lang, 1995)⁷.

Las categorías del modo de respuesta pueden también ser específicas de un problema de comportamiento particular y solaparse con los componentes de dicho problema. Por ejemplo, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, o depresión, se considera a menudo que tienen modos de respuesta cognitivos, de comportamiento y psicofisiológicos⁸. El modelo tripartito de los trastornos de ansiedad (tales como el de Bergman y Piacentini, 2005) hace referencia a los componentes cognitivos, de comportamiento y emocionales. Así pues, existen varias clasificaciones de los modos de respuesta y la más útil puede variar de un problema a otro.

El concepto de modo de respuesta es problemático, en parte por el hecho de que cada modo de respuesta se suele evaluar de manera diferente. Por ejemplo, en tanto que podemos obtener datos bastante objetivos sobre la actividad motora y las respuestas psicofisiológicas con el uso de observadores externos, con instrumentos de monitorización, y con procedimientos de monitorización psicofisiológica ambulatoria, evaluamos los pensamientos, sentimientos y emociones, sobre todo con autoinformes. Por ello, el modo de respuesta se confunde con el método de medida. Estas diferencias en métodos de evaluación pueden explicar la asimetría aparente entre modos, e incluso dentro de un mismo modo de respuesta. Así, pueden emerger diferencias claras, por ejemplo, si comparamos las medidas de la actividad física o de la activación fisiológica obtenidas mediante autoinformes con las obtenidas mediante aparatos⁹. A pesar de estos problemas, la especificación de los modos de respuesta puede ser un componente importante del análisis funcional en algunos casos, ya que muchos problemas de comportamiento incluyen varios modos de respuesta. Como acabamos de observar, la ansiedad, la depresión, y el trastorno de estrés postraumático tienen modos de respuesta cognitivos (v.g., dificultades de concentración, miedo al rechazo, o hipervigilancia), comportamentales (v.g., comportamientos de evitación, o agitación motora) y psicofisiológicos (v.g., elevada respuesta de sobresalto, alta activación, o alteraciones del sueño). Las características de los modos de respuesta más importantes para el análisis funcional son tres: asincronía, diferencias individuales en importancia, y

diferencias en los factores que influyen sobre cada modo de respuesta.

En primer lugar, los modos de respuesta pueden ser *asincrónicos* a lo largo del tiempo.

Sincronía es el grado en el que dos acontecimientos covarían en el tiempo. Esto es, el grado de coincidencia de la ocurrencia de ambos acontecimientos.

Los sucesos asincrónicos difieren en su curso temporal (por ejemplo, en su periodicidad, su latencia o su duración) y presentan poca covariación a lo largo del tiempo. Considérense las distintas latencias del ritmo cardíaco y de la presión arterial diastólica ante dificultades presentadas en situaciones de laboratorio: el ritmo cardíaco reacciona al segundo de haberse iniciado el estímulo, en tanto que la presión arterial diastólica puede tardar muchos segundos en mostrar una respuesta apreciable e incluso puede no mostrar respuesta alguna a estímulos transitorios que sí afectan el ritmo cardíaco.

Debido a los problemas que se presentan a causa de la confusión entre método de evaluación y modos de respuesta, existen muchos ejemplos de asincronía entre modos de respuesta. Hay también diferencias en el grado de sincronía o de asincronía de una persona a otra con el mismo problema de comportamiento. Por ejemplo, algunas personas con problemas de ansiedad experimentan un malestar subjetivo intenso en algunas situaciones provocadoras de ansiedad pero no las evitan; otras personas, sin embargo, muestran un patrón de comportamiento contrario. Los pacientes con dolor crónico pueden mostrar asincronía entre los modos de respuesta, por ejemplo en los informes subjetivos de dolor o fatiga, las contracciones faciales, las dificultades de movimientos, el malfuncionamiento en las tareas de casa o del trabajo (así como valorar de forma diferente su importancia), las quejas verbales y la toma de medicación analgésica (véase Turk y Melzack, 2001). Este tipo de asincronía y de importancia diferencial de los modos de respuesta también se ha observado en personas con trastorno de estrés postraumático, ansiedad en la niñez y disfunciones sexuales¹⁰. Para el análisis funcional, la idea más importante es que diversas variables y relaciones causales pueden afectar diferentes modos de respuesta. Por ejemplo, las quejas frecuentes de un paciente sobre su dolor crónico se pueden ver más afectadas por las respuestas de los miembros de la familia que por los factores causales cognitivos o bioquímicos subyacentes al dolor. Esto es, los factores causales que afectan la

experiencia de dolor pueden ser diferentes de los que afectan las quejas o el deterioro funcional. El primero puede depender más de la sensibilidad al dolor, los pensamientos catastróficos y los factores neurofisiológicos, en tanto que el segundo puede depender más del refuerzo social y de la posibilidad de escape de situaciones aversivas. El foco de tratamiento para reducir el «dolor» diferirá según qué modos de respuesta y qué relaciones causales sean las más relevantes en cada paciente.

En resumen, al desarrollar un análisis funcional para un paciente, el clínico debe estar atento a la posibilidad de asincronía entre los diversos modos de respuesta o componentes del problema, así como a la importancia diferencial que el paciente les atribuye.

El énfasis en los modos de respuesta concuerda con la importancia que le hemos dado a la especificidad funcional de las variables. Por ejemplo, en la mayoría de los casos la «reducción de dolor» podría ser una meta de tratamiento poco específica, puesto que no proporciona información suficiente sobre qué aspecto, componente o modo de respuesta hay que disminuir. Las metas del tratamiento deberían ser la reducción del malestar subjetivo, el aumento de la movilidad, y el aumento de la calidad de vida a través de la reducción del deterioro funcional.

El clínico debe recordar que la importancia de los distintos modos de respuesta para el problema puede cambiar a lo largo del tiempo. Por ejemplo, para un paciente que experimenta síntomas de estrés postraumático, su mayor preocupación al principio del tratamiento pueden ser las imágenes intrusas sobre el hecho traumático, pero posteriormente puede cambiar, comenzando a darle una mayor importancia a los comportamientos de evitación o a la insensibilidad emocional.

Una última meta del análisis funcional es seleccionar los mecanismos de tratamiento que mejor cuadren con los mecanismos causales que están actuando en el paciente. Dado que algunos tratamientos pueden tener efectos diferentes según el modo de respuesta, cabe esperar que el control de las contingencias o las intervenciones sobre las habilidades y destrezas produzcan fundamentalmente efectos comportamentales, en tanto que las terapias cognitivas producirán efectos principalmente cognitivos. Así, una meta del análisis funcional es identificar el modo de respuesta más importante en el problema del paciente, de tal forma que se pueda elegir el tratamiento específico más apropiado para dicho modo de

respuesta.

Las relaciones entre el modo de respuesta predominante en el problema y el resultado de tratamientos específicos para dicho modo, han sido objeto de una extensa investigación y han sido ampliamente discutidos. Hay varias dificultades para comprender las ventajas de emparejar los mecanismos del tratamiento con los mecanismos causales. Una dificultad es que a menudo no sabemos por qué funciona un tratamiento (esto es, sus mecanismos de actuación aún no se han identificado). De la misma forma, hacer cuadrar los tratamientos con los modos de respuesta no significa que se han hecho coincidir los mecanismos de tratamiento y los mecanismos causales. Emparejar el tratamiento al modo de respuesta más importante en un paciente es útil sólo si los mecanismos del tratamiento coinciden con los mecanismos causales que funcionan en el paciente. Además, con frecuencia existen varios tratamientos que se centran sobre el mismo foco u objetivo¹¹. Otra dificultad es que muchos estudios confunden los modos de respuesta con las secuelas y otras características del problema de comportamiento, tales como su severidad o su duración. Finalmente, también hay que señalar, en algunos estudios, dificultades metodológicas. Doss y Atkins (2006) han descrito algunas de las dificultades metodológicas en el estudio de los mecanismos de tratamiento (a los que llaman «mediadores del tratamiento»).

Un buen ejemplo de emparejamiento del tratamiento con los componentes del problema y con el modo de respuesta es el trabajo de Evers y colaboradores (2002) en pacientes con artritis reumatoide, donde se individualizó el tratamiento cognitivo-conductual para que se ajustara a las particularidades del problema de cada paciente. En este trabajo, los componentes del tratamiento variaban de acuerdo con la importancia que el paciente le atribuía a la fatiga, al estado de ánimo negativo, a las dificultades en las relaciones sociales, o al deterioro¹². Trataremos con más detalle este tema en capítulos posteriores.

Nuestra opinión es que tener en cuenta los modos de respuesta en el análisis funcional va a beneficiar a aquellos pacientes en los que va a permitir elegir tratamientos más eficaces. Se producirán ventajas por atender a los modos de respuesta si éstos no covarían mucho y si presentan distinto grado de importancia. Si covarían fuertemente y son igualmente importantes, probablemente dará igual en qué modo de respuesta se centre el tratamiento.

El clínico debe considerar en cada caso si las ventajas van a compensar los costes de recopilar datos separados sobre el malestar subjetivo, la actividad

motora y los aspectos cognitivos de los episodios de pánico, del dolor crónico, del negativismo o de otros problemas de comportamiento. Así, por ejemplo, debemos preguntarnos si los datos psicofisiológicos van a añadir algo a nuestra comprensión de los síntomas de que informa un paciente con estrés postraumático. Los resultados de la investigación, y la información recogida durante la evaluación del paciente, deben sugerir si los modos de respuesta difieren en importancia o presentan suficiente asincrónica como para justificar una evaluación multimodal.

Estos ejemplos también ponen de manifiesto que los modos de respuesta pueden diferir en sus interrelaciones funcionales, en sus niveles de especificidad y en el grado en que se los puede delimitar. Por ejemplo, los modos de respuesta fisiológico, comportamental y cognitivo no son independientes en los trastornos de ansiedad: los comportamientos abiertos (v.g., los comportamientos de evitación) con frecuencia ocurren a la vez que, y tiene relaciones causales bidireccionales con, los pensamientos (v.g., expectativas de resultados negativos) y las respuestas fisiológicas.

Dadas estas consideraciones, el clínico deberá decidir si los datos de la evaluación de los modos de respuesta individuales aumentan la validez y la utilidad del análisis funcional. Esto es, qué modos de respuesta, evaluados de qué forma, van a facilitar la identificación de variables causales importantes y van a contribuir a la selección del tratamiento que más va a ayudar al paciente.

Llegados aquí, otro punto importante a tener en cuenta es que los problemas de comportamiento presentan múltiples dimensiones.

7. LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO TIENEN MÚLTIPLES DIMENSIONES

La mayoría de los problemas de comportamiento se pueden describir según múltiples dimensiones (denominadas a veces «parámetros»). Como observamos anteriormente, una dimensión es una característica cuantitativa del problema de comportamiento o de otra variable. Las dimensiones más importantes de los problemas de comportamiento y de las variables causales son la frecuencia, la tasa, la probabilidad, la duración, la gravedad, la ciclicidad, la variabilidad y la latencia.

Por ejemplo, podemos medir los episodios maníacos en términos de la frecuencia con que ocurren, de la gravedad de los síntomas que los acompañan,

de cuánto duran, del tiempo transcurrido entre que se da un episodio depresivo y uno maníaco, o de la probabilidad de que ocurra tras una alteración del sueño (véase el cuadro 3.1).

CUADRO 3.1

Dimensiones de los problemas de conducta

Frecuencia: Número de veces que ocurre un determinado problema de comportamiento.

Tasa: La relación entre la frecuencia y un determinado período de tiempo (minutos, días, semanas, etcétera). Por ejemplo, número de veces al mes que se padecen dolores de cabeza; número de rabietas por hora; o de pesadillas en una semana.

Probabilidad: La relación entre el número de veces que ocurre un suceso bajo determinado tipo de circunstancias o en un determinado plazo de tiempo y el número total de veces que ocurre (con o sin dichas circunstancias). Por ejemplo, la probabilidad de que un paciente recaiga tras el tratamiento en el plazo de un año, la probabilidad de que las discusiones normales con la pareja terminen en problemas de pareja graves, o la probabilidad relativa de que un paciente experimente pensamientos obsesivos cuando se encuentra sometido a estrés en relación a cuando se encuentra en un ambiente relajado.

Magnitud: Es el valor numérico de una variable. Por ejemplo, la magnitud o valor de la presión arterial o de la hiperventilación, o la gravedad de las autolesiones.

Duración: El tiempo que continúa dándose un suceso. Por ejemplo, la duración de un episodio maníaco, el tiempo durante el que una persona permanece despierta después de acostarse, o el tiempo durante el que se mantiene una rabieta.

Gravedad/intensidad: Una medida cualitativa o cuantitativa, normalmente de tipo subjetivo, del malestar o mal funcionamiento producido por el comportamiento problema. Usualmente viene influido por la frecuencia, la magnitud o la duración del problema. Por ejemplo, el grado de malestar experimentado por el paciente durante un episodio de pánico, un episodio depresivo, o un estado de ansiedad.

Latencia: El tiempo transcurrido entre dos sucesos. Por ejemplo, el tiempo transcurrido entre la infección por virus y el comienzo de los síntomas, o entre el comienzo de un episodio depresivo y el comienzo de un episodio maníaco subsecuente en un paciente con trastorno bipolar, o entre una alabanza dada por un miembro de la pareja y la respuesta positiva del otro miembro.

Variabilidad: El grado en que el valor de una variable cambia a lo largo del tiempo. Por ejemplo, el grado en que cambia el estado de ánimo a lo largo de la semana, las variaciones en las relaciones positivas o negativas de la pareja a lo largo del mes, o las variaciones en el consumo de comida o de alcohol a lo largo de la semana.

Ciclicidad: Variaciones sistemáticas a lo largo del tiempo, recurrencia periódica de un suceso, normalmente medido en términos de frecuencia o de latencia. Por ejemplo, la recurrencia periódica de los episodios depresivos y maníacos, la recurrencia de síntomas o trastornos durante una determinada época del año (v.g., resfriados), o la recurrencia de un determinado síntoma cada mañana, o cada tarde, etc.

Hay varios aspectos de la naturaleza multidimensional de los problemas de comportamiento que resultan importantes para el análisis funcional. Primero, las dimensiones de un problema pueden diferir en su importancia relativa de un paciente a otro. Por ejemplo, un paciente puede tener episodios depresivos o dolores de cabeza ligeros y cortos pero frecuentes, en tanto que otro los puede tener intensos y duraderos, aunque de forma infrecuente.

En segundo lugar, las dimensiones de un problema pueden ser asincrónicas. Es decir, con frecuencia las diferentes dimensiones de un problema no muestran una covariación fuerte. Por ejemplo, las disminuciones en la gravedad y la frecuencia de los episodios de rabieta de un niño pueden, o no, ir al unísono. La figura 3.6 da un ejemplo de las diferencias individuales y la sincronía en dos dimensiones (tasa e intensidad) de la hipervigilancia, medida en dos pacientes, antes y durante un tratamiento cognitivo.

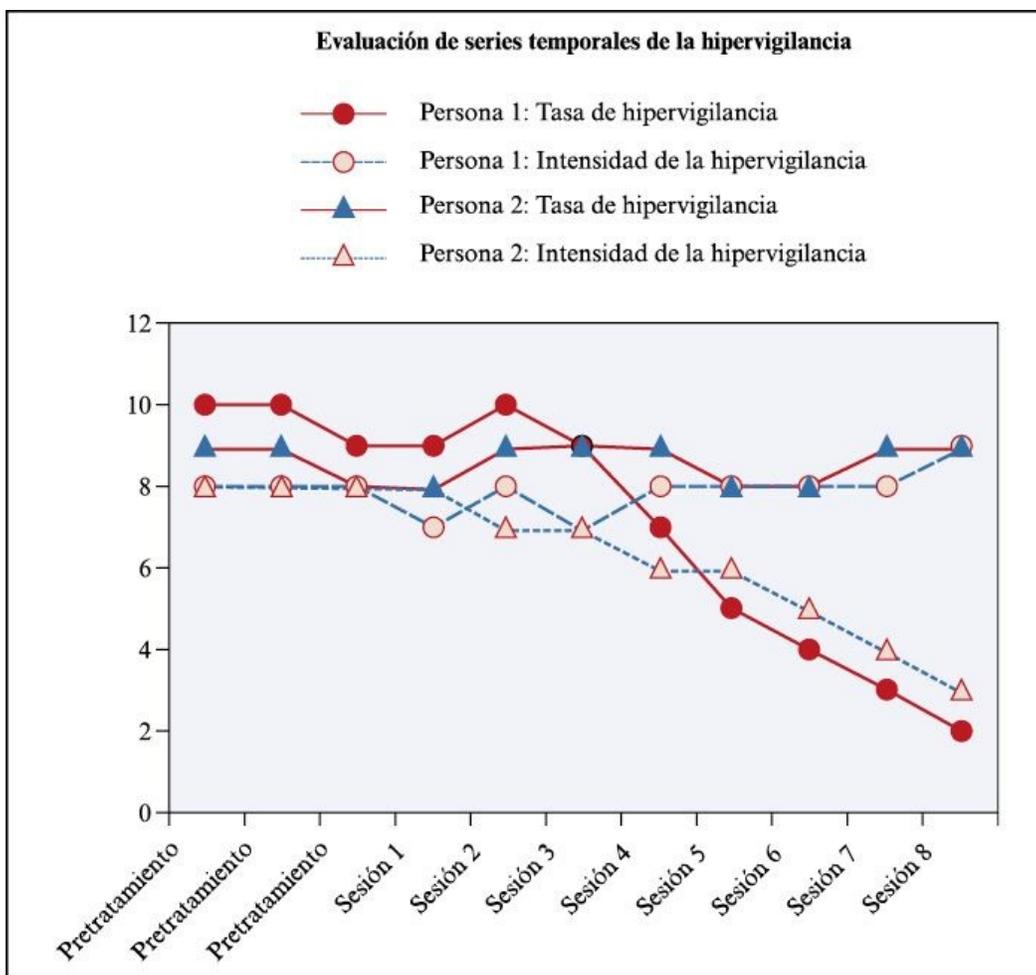


Figura 3.6.—Datos temporales de la tasa e intensidad de la hipervigilancia de dos personas diferentes con

trastorno de estrés postraumático a lo largo de tres sesiones de evaluación y ocho sesiones de terapia. La figura representa las diferencias temporales entre las dos personas en las dos dimensiones de su problema (tomado de Kaholokula et al., 2009).

En tercer lugar, y lo más importante para el análisis funcional, las variables causales que afectan las distintas dimensiones de un problema pueden ser muy diferentes entre sí. Hay muchos ejemplos del efecto diferencial de las variables causales en las distintas dimensiones de un mismo problema. Barnett y Gotlib (1988), por ejemplo, sugieren que las creencias de indefensión aprendida pueden afectar, más que al inicio, a la duración y a la magnitud de los episodios depresivos. Es decir, en muchos pacientes son las dificultades de la vida las que actúan de disparador del inicio de los episodios depresivos. Cuánto tiempo duran estos episodios, sin embargo, depende más de aspectos cognitivos, tales como sus creencias negativas acerca del futuro o de su capacidad para lidiar con los problemas que lo aquejan. De forma similar, los pensamientos catastrofistas pueden afectar, más que al inicio o a la tasa de los episodios de pánico, a su duración y a su severidad (véase Smits et al., 2006). La respuesta de los miembros de la familia puede afectar a la severidad y a la duración de ciertos problemas médicos como el asma, más que a su inicio o aparición (Wicks-Nelson e Israel, 1997). Los acontecimientos que desencadenan delirios paranoicos, tales como estímulos sociales ambiguos, pueden ser diferentes de los que afectan su duración o su contenido (v.g., la respuesta de otros al comportamiento delirante del paciente; Haynes, 1986).

Como hemos dicho varias veces, la meta última del análisis funcional es facilitar el emparejamiento entre los mecanismos de tratamiento y los mecanismos causales que actúan en un paciente determinado. Dado que las relaciones causales pueden diferir de una a otra dimensión de un problema, y de la posible asincronía entre esas dimensiones, es probable que distintas intervenciones sobre el comportamiento, en función de sus mecanismos de actuación, tengan diferentes efectos sobre cada una de dichas dimensiones. Así, en el caso citado anteriormente de episodios de pánico (Smits et al., 2006), se esperaba que la intervención que disminuía los pensamientos catastrofistas tuviera un efecto más fuerte en la severidad y la duración de los episodios que en su frecuencia¹³. Si lo que el clínico pretende es reducir la tasa de los episodios, sería más útil identificar los factores que aumentan su probabilidad de aparición (es decir, su probabilidad condicional). El clínico debe hacerse la siguiente pregunta: ¿qué

dimensión del problema es la más importante? Contestar esta pregunta requiere una evaluación multidimensional.

8. LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SON CONDICIONALES

Otro supuesto importante en el análisis funcional, que impone límites en su validez con cada paciente, es que los problemas de una persona con frecuencia son condicionales. Es decir, en muchos pacientes, los problemas de comportamiento no ocurren aleatoriamente, sino que varían sistemáticamente en función de variables en el ambiente del paciente o en función de su estado o de las situaciones en que se encuentra. Los problemas de comportamiento pueden diferir en sus características, probabilidad, severidad o duración según el estado, el momento y la situación. Por ejemplo, un niño pequeño con síntomas de autismo es más probable que se autolesione o que se dedique a comportamientos de autoestimulación en una clase con demandas académicas estructuradas que durante el juego no estructurado o mientras su profesor lo deja solo (O'Reilly et al., 2005). Un paciente que se recupera del abuso de alcohol es más probable que tenga una recaída en respuesta a un conflicto interpersonal que a otros tipos de problemas (Walitzer y Dearing, 2006). Un paciente en un hospital psiquiátrico es más probable que muestre comportamientos delirantes durante interacciones estresantes con un terapeuta, los miembros de la familia u otros pacientes que cuando se dedica a actividades recreativas.

De acuerdo con el hincapié que estamos haciendo sobre las diferencias individuales en el análisis funcional, las condiciones que afectan las características de un problema pueden también diferir de una a otra persona con problemas de comportamiento similares. Por ejemplo, una persona puede sufrir recaídas en el abuso del alcohol como forma de reducir el estado de ánimo negativo desencadenado por problemas interpersonales, mientras que otra puede sufrirlas en respuesta a las presiones de amigos para que beba (Walitzer y Dearing, 2006). Una persona con un diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia puede tener un riesgo más alto de ataques de pánico mientras está en un lugar físico estrecho y cerrado, en tanto que otra con el mismo diagnóstico puede tenerlo en situaciones sociales conflictivas.

Tal como los ejemplos anteriores señalan, las situaciones y contextos pueden

afectar determinadas características de los problemas de comportamiento de los pacientes. Entre éstos destacan el contexto social (v.g., la presencia de personas familiares o desconocidas), las situaciones físicas (v.g., la clase o el hogar), los estados psicológicos o fisiológicos (v.g., medicación, intoxicación, fatiga, activación emocional negativa), y los acontecimientos recientes (v.g., conflictos interpersonales, pérdida de un ser querido o dificultades económicas).

Por ejemplo, Stiglmayr y colaboradores (2008), en un estudio de series temporales, sometieron a investigación los factores situacionales que influyen sobre los comportamientos disociativos. Estos autores encontraron que los pacientes con trastorno límite de personalidad, cuando se los comparaban con personas sin problemas psicológicos, tendían a mostrar bastantes más problemas de disociación en las situaciones de alto que en las de bajo estrés.

Estos ejemplos también indican cómo los factores y situaciones del contexto sirven a menudo como variables causales para los problemas de comportamiento y cómo pueden influir sobre las dimensiones y las características de un problema (véase el capítulo 4). La probabilidad condicional¹⁴ elevada de un problema de comportamiento asociado a situaciones o contextos particulares sirve como marcador de la actuación de variables causales (esto es, indica una actuación diferente de las variables causales). Como diremos más adelante, el clínico debe tomar en consideración los mecanismos de actuación de estas relaciones funcionales: ¿en qué medida una experiencia interpersonal estresante aumenta la probabilidad de los delirios del paciente?, ¿qué hace que ese acontecimiento desencadene delirios?, ¿por qué es más probable que un niño se autolesione en el colegio que en casa?, ¿cuáles son las diferencias entre el colegio y la casa que podrían explicar la diferencia de comportamiento?

Algunos ejemplos de cómo la naturaleza condicional de los problemas de comportamiento puede ayudar a identificar relaciones causales son los siguientes:

El de un paciente que muestra ansiedad social y retraimiento cuando se encuentra entre muchas personas, pero no cuando se encuentra en un grupo reducido. En este caso, el significado que el paciente atribuye a la situación (v.g., lo que piensa, lo que atribuye a los demás, etc.) se da en situaciones con muchas personas, pero no en situaciones en las que las relaciones se dan persona a persona o en pequeños grupos, y sólo servirá para predecir y explicar su comportamiento en dicho tipo de situaciones con muchas personas presentes.

Cuando el lenguaje delirante desempeña una función de escape o evitación

(v.g., para alejar al paciente de una situación social aversiva), podría suceder que los delirios ocurrieran con más frecuencia, por ejemplo, durante la entrevista clínica, cuando el terapeuta le está preguntando sobre temas que lo estresan. Obsérvese también que los focos del tratamiento diferirán de una persona a otra con el mismo problema en función de las situaciones (externas e internas) en que más frecuente resulta su problema de comportamiento.

Los problemas de comportamiento difieren en el grado en que covarían con variables ambientales o de otro tipo. Algunos problemas de comportamiento tienen relaciones funcionales fuertes y persistentes con determinadas variables ambientales y contextuales, en tanto que otros son situacionalmente más estables. Por ejemplo, los déficits de memoria a corto plazo de las personas con una lesión en la cabeza (por ejemplo, tras un accidente de moto) pueden variar algo de una situación a otra en función de la complejidad de la situación y de lo estresante que ésta le resulte. Sin embargo, para algunas personas, los déficits de memoria por lesiones en la cabeza no varían de un contexto a otro cuando dicho tipo de memoria desempeña un papel importante (véase Cushman y Scherer, 1995). De forma similar, los niños pueden presentar retrasos en lectura, lenguaje y audición en múltiples situaciones. Otros problemas de comportamiento, como los episodios de pánico o los comportamientos autolesivos, en algunas personas no parecen covariar con situaciones o contextos particulares, mientras que los mismos problemas covarían de forma notable con situaciones y contextos para otras personas.

Con independencia de la estabilidad transituacional, el clínico debe asumir que los problemas de comportamiento de un paciente pueden mostrar probabilidades condicionales elevadas en algunas situaciones o contextos. Partir de esta suposición (que el problema varía de una situación a otra) puede resultar muy útil, ya que con frecuencia conduce al clínico a descubrir fuentes de variación del problema clínicamente importantes, lo que puede aumentar la validez y la utilidad del análisis funcional al indicar estrategias de tratamiento clínicamente útiles.

Como veremos en los capítulos 6 y 7, la naturaleza situacional y contextualmente específica de los problemas de comportamiento pone de manifiesto la necesidad de utilizar estrategias de evaluación situacional y contextualmente específicas. Aunque la mayoría de los autoinformes son bastante insensibles a las diferencias situacionales, métodos de evaluación tales como los diarios (como los descritos en el caso de la familia de María en el capítulo 1), el

autorregistro, las entrevistas funcionales y la observación pueden proporcionar información sobre las variaciones situacionales y contextuales de los problemas y de sus relaciones causales.

9. NATURALEZA DINÁMICA DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

Las características del problema de un paciente pueden también cambiar a través del tiempo. Es decir, según pasa el tiempo, puede haber variabilidad de las dimensiones, los modos de respuesta, la forma o las características del problema de un paciente, de las relaciones funcionales entre problemas o de la naturaleza condicional de los mismos.

Por ejemplo, dos personas que experimentan un episodio depresivo pueden ambas experimentar insomnio, pérdida de apetito y dificultades de concentración, pero una de ellas puede mostrar una mejoría grande y rápida mientras que la otra continúa experimentando dichos problemas. O bien, el estado de ánimo deprimido de un paciente puede estar muy influido por conflictos matrimoniales en un determinado momento pero no en otro. Un ejemplo de diferencias individuales en el curso temporal de las características de un problema puede verse en la figura 3.6.

Tal como ocurre con la naturaleza condicional de los problemas de comportamiento, los cambios temporales de un problema pueden indicar la actuación de variables causales. Por ejemplo, en la figura 3.6, el cambio en la tasa de hipervigilancia de la persona 1 podría ser debido a la presencia de un nuevo amigo, mientras que el cambio en intensidad de la persona 2 podría ser debido a un cambio reciente de vecindario. Un aumento en síntomas depresivos, ansiedad o comportamientos autolesivos sugiere que las relaciones causales para esos comportamientos han cambiado (quizá por nuevas dificultades vitales, por la pérdida de apoyo social, por un cambio en las contingencias de respuesta, o por los efectos de otro problema).

Haynes y Kaholokula (2008) han señalado varias formas mediante las que los problemas pueden transformarse con el tiempo en respuesta a cambios de variables causales y de sus relaciones funcionales:

1. La exposición repetida o prolongada a una variable causal puede dar lugar a

extinción, sensibilización o habituación de un problema, como cuando el miedo a volar casi desaparece tras una exposición repetida a volar en un simulador. La exposición repetida a un reforzador (v.g., un determinado tipo de golosina) puede también disminuir con el tiempo.

2. Nuevas variables causales pueden surgir mientras que las viejas variables causales dejan de afectar al problema. Por ejemplo, cuando una baja aportación calórica se produce por estrés laboral pero luego se mantiene por miedo a engordar.

3. Los cambios en las variables causales activas a menudo se deben a cambios en factores contextuales o situacionales, como cuando los comportamientos escolares disruptivos de un niño disminuyen debido a un cambio de colegio.

4. Las funciones *mediadoras* (es decir, una variable que da cuenta o explica la relación entre otras dos variables) y *moderadoras* (es decir, una variable que afecta la fuerza de la relación o de la direccionalidad de otras dos variables) de las variables pueden cambiar con el tiempo, como cuando el estado de ánimo deprimido inducido por el estrés mejora tras la adquisición de nuevos amigos o por un cambio en los niveles de hormonas tiroideas.

Los factores que pueden afectar la naturaleza dinámica de un problema son «reales» en el sentido de que se refieren a cambios reales en sus relaciones causales. Los problemas también pueden *parecer* dinámicos a causa de las estrategias y del proceso de evaluación que se han seguido. Durante la evaluación clínica con frecuencia adquirimos información sobre el paciente que cambia nuestros juicios sobre sus problemas, aun cuando su comportamiento no haya variado. Los pacientes también modifican a menudo sus informes sobre sus problemas a lo largo de las sesiones de evaluación. Estos cambios a lo largo de la evaluación reflejan nuestro argumento de que el análisis funcional se basa en juicios clínicos subjetivos, que se pueden ver afectados por numerosas fuentes de error.

La naturaleza dinámica de los problemas de comportamiento de una persona tiene implicaciones para la evaluación (como se dirá en los capítulos 6 y 7). Por ello haremos especial hincapié en la evaluación temporalmente repetida. También indica que el análisis funcional es dinámico: los elementos del análisis funcional

es probable que cambien con el tiempo.

La naturaleza dinámica y condicional del análisis funcional implica que dicho análisis tiene una validez limitada a determinados contextos y situaciones y que su validez probablemente disminuye conforme pasa el tiempo. Tener esto en cuenta es especialmente importante cuando utilizamos informes pasados (de pruebas o tratamientos anteriores) para realizar el análisis funcional de un paciente.

Además de las limitaciones temporales de la validez del análisis funcional, recuérdese que éste puede estar limitado por otros factores: *a*) la situación (v.g., el análisis funcional de los comportamientos delirantes de un paciente puede ser válido solamente para cuando se encuentra en casa); *b*) el estado del paciente (v.g., el nivel de medicación); *c*) ciertas modalidades de respuesta del problema (v.g., para los pensamientos deprimidos, pero no para las actuaciones); *d*) las dimensiones de los problemas (v.g., para la intensidad pero no para el comienzo de un episodio de pánico), y *e*) las etapas de desarrollo (v.g., las causas de la agresión pueden ser diferentes para un niño pequeño y para un adolescente).

RESUMEN

Las fronteras entre los problemas de comportamiento y los diagnósticos formales de los trastornos no siempre son claras. En cualquier caso, el análisis funcional se puede realizar tanto sobre los problemas como sobre los diagnósticos formales. Que el análisis funcional se centre con frecuencia en los problemas en lugar de en los trastornos se debe a que los primeros se pueden definir operacionalmente con mayor precisión, dependen menos de criterios diagnósticos temporales y de exclusión, evitan algunos de los problemas de heterogeneidad que suelen poseer los diagnósticos, y a menudo son ellos los que constituyen el foco de los tratamientos existentes.

El análisis funcional se puede desarrollar a diferentes niveles de especificidad. Hemos hecho hincapié en los niveles de especificidad bajos, más susceptibles de tratamiento. Sin embargo, el nivel óptimo depende de las metas de la evaluación (v.g., decidir cuál puede ser el tratamiento más indicado, planificar el tratamiento, informar del diagnóstico a otros profesionales, etc.). En cualquier nivel de especificidad, la información recabada debe ser lo más precisa posible, si es que queremos construir un análisis funcional clínicamente válido y útil.

La especificación de algunos problemas de comportamiento puede resultar difícil de realizar. Lo más normal es que el paciente presente varios problemas al mismo tiempo, y que dichos problemas dependan de diferentes tipos de causas y se relacionen entre sí de distinta forma, así como de otros factores. Dos o más problemas de comportamiento, además, pueden covariar porque dependen de una misma causa, porque uno depende del otro, o porque sus causas covarían.

Las múltiples características de los problemas de comportamiento y sus interrelaciones, sin embargo, son las que van a guiar en la selección de las estrategias de evaluación. Al final, serán los datos de dicha evaluación los que van a servir para estimar la magnitud del efecto que se produciría si centramos el tratamiento en una u otra variable.

Los juicios acerca de la importancia de un determinado problema, de las consecuencias o secuelas de los problemas del paciente y de las interrelaciones entre dichos problemas pueden ayudarnos a estimar los beneficios relativos de centrar el tratamiento en cada una de las variables causales indicadas en el análisis funcional.

La mayoría de los problemas de comportamiento poseen varios modos de respuesta y varias dimensiones a los que es necesario atender. Los modos de respuesta y las dimensiones, sin embargo, varían de paciente a paciente, pueden presentar asincronía, pueden estar influidos por variables causales diferentes y pueden responder de forma distinta a un determinado tipo de intervención.

Hacemos hincapié en estas características de los problemas de comportamiento porque contribuyen de forma importante a conseguir la meta última del análisis funcional: facilitar el emparejamiento entre los mecanismos del tratamiento y los mecanismos causales del problema que afecta a un paciente particular. Intervenciones diferentes probablemente van a producir efectos diferentes sobre distintos modos de respuestas y sobre distintas dimensiones.

Los problemas pueden también variar en sus facetas, probabilidad, gravedad y duración, según la situación y el contexto. Estas diferencias situacionales y de contexto pueden proporcionar pistas sobre las variables causales que están influyendo.

Los problemas pueden variar a lo largo del tiempo en sus dimensiones, modos de respuesta, forma y aspecto, sus relaciones funcionales y su frecuencia de aparición, duración e intensidad en diferentes situaciones y contextos. Esto pone claramente de manifiesto la importancia de evaluar el comportamiento en diferentes situaciones y contextos, así como en diferentes momentos temporales.

NOTAS

- 1 Véase Haynes y O'Brien (2000), para un tratamiento más detallado.
- 2 Para una visión general de estos temas, el lector puede consultar Hersen y Porzelius (2002), Hersen, Turner y Beidel (2007), o Widiger (2009).
- 3 Para un tratamiento adicional de los problemas de comorbilidad, consultar Haynes y Kaholokula (2008), Krueger y Markon, (2006) y Lilienfeld, Waldman e Israel (1994).
- 4 Haynes y O'Brien (2000) y Kaholokula et al. (2008) han descrito varios modelos causales que pueden explicar los problemas de comportamiento comórbidos.
- 5 Véase Godoy (2004), para una presentación más general de la toma de decisiones clínicas.
- 6 Para una discusión de la «resistencia» del paciente y las estrategias para hacerle frente en terapia cognitivo-conductual, véase Watson y McMullen (2005).
- 7 Algunos autores (v.g., Lang, 1968) se refieren a los modos de respuesta como «dimensiones» (fisiológica, cognitiva, motora y emocional). También han sido denominados «sistemas de respuesta» y «canales de respuesta», e incluso con otros nombres menos usuales (v.g., Cone, 1998, que los denomina «áreas de contenido de comportamiento»).
- 8 Véanse revisiones en Hersen et al. (2006) y en Hersen y Thomas (2006).
- 9 Dos artículos de John Cone (1979, 1998) proporcionan una consideración conceptual y metodológica detallada de los modos de respuesta.

[10](#) Haynes y O'Brien (2000) han presentado varias explicaciones para la asincronía entre los modos de respuesta, como, por ejemplo, la confusión entre modo de respuesta y método de evaluación, las diferencias en la patofisiología subyacente y diferentes latencias de los efectos causales.

[11](#) Chorpita, Daleiden y Weisz (2005) presentan un método para emparejar los mecanismos de acción de varios tratamientos con apoyo empírico y las características de un paciente específico (para información sobre tratamientos con apoyo empírico, véanse Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003; y el número 3 del volumen 13 de la revista *Psicothema*, 2001).

[12](#) La investigación sobre las ventajas añadidas cuando se emparejan el tratamiento y el modo de respuesta predominante en el paciente ha proporcionado resultados mixtos. El asunto de emparejar el modo de respuesta y el tratamiento ha sido discutido por Shiffman (1993) para fumar; por Linehan (1993) para los trastornos de personalidad; por Michelson (1986) para la agorafobia; por Ost, Jerremalm y Johansson (1981) para la fobia social; por Imber et al. (1990) para la depresión; por Haaga et al. (1994) para la hipertensión; y por McGlynn y Rose (1998) para la ansiedad y el miedo.

[13](#) El preocuparse menos por los episodios de pánico también puede contribuir a que éstos se den con menos frecuencia, lo que, a su vez, disminuirá la reactividad ante los estresores.

[14](#) La probabilidad condicional es la probabilidad de que ocurra algo determinado cuando ha ocurrido alguna cosa concreta. Por ejemplo, la probabilidad de que el marido se comporte de determinada manera cuando la mujer ha hecho algo. En términos del análisis funcional, es la probabilidad de que se dé la conducta problema en determinadas situaciones o contextos en contraposición a lo que suele darse en general (en esa y en otras situaciones).

4

Naturaleza compleja de las variables y de las relaciones causales

1. CAUSAS Y CAUSALIDAD

En este capítulo presentaremos el concepto de causalidad, así como las características de las causas y de las relaciones causales. Éste es un tema especialmente importante, ya que en análisis funcional se le da gran importancia a la identificación de las variables y de las relaciones causales que afectan el comportamiento problema (o las metas del tratamiento) del paciente particular que estamos evaluando.

Los conceptos de causalidad ayudan al clínico a saber qué variables causales son importantes para explicar los problemas del paciente y cómo pueden estar actuando. La forma en que concebimos las causas de los problemas del paciente influye también en nuestras decisiones sobre las mejores estrategias, métodos e instrumentos de evaluación.

Por ejemplo, si asumimos que las causas de los episodios depresivos de María (cuyo caso hemos visto en el capítulo 1) son sobre todo biológicas o residen en procesos inconscientes, es poco probable que examinemos los acontecimientos de su vida que podrían haber influido en el inicio de sus cambios de estado de ánimo, o que examinemos las variables cognitivas o del comportamiento que podrían estar influyendo en la duración de los mismos.

En primer lugar, vamos a exponer algunos conceptos básicos de causalidad procedentes de la filosofía de la ciencia y de las ciencias del comportamiento. Luego, describiremos las condiciones necesarias para concluir que existe relación causal, destacando las inferencias causales al formular un análisis funcional. La última sección del capítulo presenta algunas características

específicas de las variables y las relaciones causales que son importantes en el análisis funcional.

2. DIFERENTES CONCEPTOS DE CAUSALIDAD

El concepto de causalidad ha sido discutido por los filósofos de la ciencia durante siglos. Estas discusiones se han centrado en varias cuestiones: *a)* ¿cuál es la definición de causalidad y qué es una causa?; *b)* ¿cuáles son los tipos de causas?; *c)* ¿qué condiciones son necesarias para inferir una relación causal?; *d)* ¿pueden las relaciones causales ser tanto bidireccionales como unidireccionales?, y *e)* ¿cuáles son las limitaciones de las inferencias causales? Como es obvio, una presentación profunda de estas cuestiones requeriría varios capítulos. Por ello, sólo realizaremos un breve resumen para proporcionar el contexto histórico de lo que luego diremos sobre las relaciones causales en el análisis funcional¹.

Los filósofos de la ciencia han propuesto varias clases de variables causales (véase el cuadro de texto 4.1). Algunas son aplicables al análisis funcional y otras no.

CUADRO 4.1
Algunas clases de variables causales

*Causa suficiente*²: *Y* ocurre cada vez que ocurre *X*; por tanto, *X* es una causa suficiente para *Y*, aunque *Y* puede ocurrir sin *X* (*X* no es necesaria para que ocurra *Y*).

Causa insuficiente: *Y* ocurre cada vez que ocurren *X* y *Z* conjuntamente (dos variables causales a la vez) pero no cuando sólo ocurre *X*. Es una causa que, por sí misma, es insuficiente para producir el efecto, pero funciona como una variable causal conjuntamente con otra(s) variable(s).

Causa necesaria: *Y* nunca ocurre sin que ocurra *X* (esto no significa que no se requieran también otras variables causales. Además, *Y* no tiene por qué ocurrir cada vez que ocurra *X*).

Causa necesaria y suficiente: *Y* nunca ocurre sin que se haya dado *X*, y, además, *X* siempre va seguida de *Y*.

Causa necesaria pero insuficiente: *Y* nunca ocurre sin *X*, pero *X* es insuficiente para causar *Y*; otra variable debe estar implicada.

Primera causa: La causa sobre la cual depende el resto de las causas; la primera causa de una cadena causal.

Causa próxima o inmediata: La causa que produce directamente el efecto, sin ningún acontecimiento

intermedio (es decir, Y y X son temporalmente contiguas).

Causa distante o remota: La causa que produce su efecto a través de otra causa.

Causa principal: La causa de la que fundamentalmente depende el efecto (aunque haya otras causas).

Causa secundaria: La que no es una causa principal, aunque puede causar Y .

Muchas de las variables causales asociadas a los problemas del paciente son insuficientes, en el sentido de que funcionan como variables causales sólo en unión de otras variables causales. Por ejemplo, un problema compulsivo puede ocurrir con más probabilidad cuando se dan riñas matrimoniales, pero sólo si al mismo tiempo se está sometido a un período de estrés.

Los análisis funcionales también suelen utilizar causas tanto remotas como próximas. Por ejemplo, una causa inmediata del comportamiento agresivo de un paciente en una unidad psiquiátrica puede ser la manera en que el personal responde a dicho comportamiento y una causa más distante, el entrenamiento que el personal ha recibido, o determinadas experiencias tempranas del paciente.

Hay varias clases de variables causales que no se suelen utilizar en el análisis funcional ni en las teorías causales de los trastornos del comportamiento. La mayoría de las variables causales identificadas en el análisis funcional, y en la investigación sobre los problemas de comportamiento, no son ni necesarias ni suficientes. Es decir, funcionan como una más entre otras variables causales del problema y, por sí mismas, son insuficientes para producirlo. Como hemos dicho, la mayoría de los problemas de comportamiento son el resultado de variables causales múltiples. La combinación de variables causales de un mismo problema puede diferir de un paciente a otro e, incluso, en el mismo paciente, las variables causales de su problema pueden cambiar a lo largo del tiempo.

Los conceptos de causalidad también han producido intensos debates en psicología y en otras ciencias del comportamiento. Las discusiones se han centrado fundamentalmente en *a)* diferentes definiciones de causalidad; *b)* si los conceptos causales son relevantes en las ciencias del comportamiento (por ejemplo, ¿hay que tener en cuenta las causas para diseñar programas eficaces de tratamiento, o pueden éstos basarse sólo en observaciones previas sobre los efectos del tratamiento o en las relaciones funcionales del problema?); *c)* las clases de acontecimientos que pueden servir como causas (¿pueden los pensamientos o comportamientos de una persona servir como causa de otros

pensamientos o comportamientos?); *d*) lo ilimitada que es la cadena causal (uno puede preguntarse siempre cuál es la causa de una causa); *e*) la naturaleza subjetiva de las inferencias causales, especialmente en las situaciones clínicas (las relaciones causales son siempre juicios clínicos, inferidos —quizá de forma sesgada— de las observaciones de una persona); *f*) el mejor nivel de generalidad-especificidad al inferir causas (las relaciones causales para un problema se pueden expresar a varios niveles de especificidad, como se ha visto en la figura 3.1 del capítulo 3); *g*) los aspectos temporales de las relaciones causales (por ejemplo, los acontecimientos que sucedieron hace años, ¿se pueden considerar causas del problema actual?); *h*) las implicaciones sociales que conllevan algunas inferencias causales (¿ha producido el abuso de alcohol la violencia doméstica?); *i*) los mejores métodos para identificar las relaciones causales de los problemas (por ejemplo, la observación pasiva frente a la experimentación directa), y *j*) los problemas que surgen al descartar explicaciones alternativas cuando se postulan relaciones causales. Discutiremos muchas de estas cuestiones a medida que continuamos considerando los principios y los métodos del análisis funcional.

3. CONDICIONES NECESARIAS PARA INFERIR RELACIONES CAUSALES EN EL ANÁLISIS FUNCIONAL

Hay varios asuntos relacionados con las inferencias causales que son importantes en análisis funcional. Simplemente enumerados, son los siguientes: *a*) las condiciones necesarias para inferir las relaciones causales del problema de un paciente (qué debe hacer el clínico para poder confiar en sus inferencias causales); *b*) la naturaleza subjetiva de los juicios causales; *c*) los límites de su validez (es decir, las circunstancias en que resultan válidas); *d*) los distintos niveles de especificidad en que pueden formularse los juicios causales; *e*) la naturaleza dinámica de las relaciones causales (las relaciones causales pueden cambiar con el tiempo); *f*) la noexclusividad de las relaciones causales (puede haber más de un análisis funcional válido de los problemas de un paciente), y *g*) las diferencias en las relaciones causales de un mismo problema en distintos pacientes.

En el presente capítulo vamos a exponer con detenimiento las condiciones necesarias para inferir relaciones causales. Es decir, a qué información debe

atender el clínico al postular que existe una relación causal entre dos variables. En el capítulo 5 aplicaremos lo dicho aquí sobre el análisis funcional y expondremos el resto de los asuntos que hemos enumerado en el párrafo anterior.

Para concluir que una variable es la causa de un determinado problema, el clínico debe tener en cuenta cuatro condiciones: *la covariación* entre ambos (esto es, entre el problema de comportamiento y la variable que se propone como causa), *la precedencia* temporal de dicha variable con respecto al problema, *la posibilidad de exclusión de explicaciones alternativas*, y *la existencia de mecanismos causales*.

La ventaja principal de estas cuatro condiciones es que ayudan al clínico a evitar el error de concluir que existe relación causal cuando no la hay³.

3.1. Covariación

Quizá la condición necesaria más universalmente aceptada para inferir una relación causal es que debe implicar una relación funcional (véase la nota a pie de página número 5, en el capítulo 1) entre las variables. Es decir, si dos variables tienen relación causal, deben variar simultáneamente (esto es, presentar covariación, correlación, elevada probabilidad condicional, varianza común, o algún otro tipo de relación funcional). La dimensión de una variable debe covariar con la dimensión de la otra variable. Por ello, si no hay covariación, no hay causalidad.

Por ejemplo, para que el «escape de una situación aversiva» funcione como variable causal de los comportamientos autolesivos de un niño, dichos comportamientos deben ocurrir en situaciones aversivas con más frecuencia que en situaciones no aversivas. Si «el nivel de activación psicofisiológica» funciona como variable causal de los episodios de pánico de un paciente, las puntuaciones de pánico y de activación deben estar correlacionadas.

La covariación parece ser un requisito simple y lógico de las relaciones causales. Sin embargo, existen varios posibles problemas, complicaciones y errores inferenciales. Primero, a veces una variable puede relacionarse causalmente con el problema pero nuestras observaciones no revelan dicha relación funcional. Así, dos variables pueden estar causalmente relacionadas pero sin correlación cuando se observan fuera del dominio de su relación causal. Por ejemplo, un niño puede tener fuertes rabietas y comportamiento negativista cuando uno de los padres le pide que recoja sus juguetes o que se acueste, pero no cuando

se lo pide el otro. Si el clínico recopila la información del padre «incorrecto» (o de ambos padres por igual), no observaría relación funcional alguna entre el problema y las contingencias de respuesta.

En segundo lugar, pueden existir relaciones causales en algunos pero no en todos los valores de la variable. Por ejemplo, puede existir relación causal entre el nivel de estrés y los problemas al dormir o el uso de drogas, pero sólo a frecuencias o intensidades de estrés altas. Si examinamos la covariación entre los problemas de comportamiento y el estrés durante períodos en que el estrés presenta una frecuencia o severidad baja, o poca variabilidad, observaremos poca relación entre ambas variables, a pesar de que, bajo otras condiciones, el estrés ejerce un fuerte impacto en los problemas de comportamiento.

Tercero, los efectos de la interacción entre variables causales pueden también enmascarar una relación causal. Por ejemplo, en una unidad hospitalaria de salud mental los conflictos con otros pacientes pueden desencadenar comportamiento delirante en un paciente, pero sólo cuando no ha tomado la medicación, o sólo tras haber discutido con sus familiares. Si evaluásemos la covariación entre los conflictos con los otros pacientes y su comportamiento delirante durante períodos sin visitas familiares y con toma de la medicación, no observaríamos covariación alguna.

Por último, las dificultades en la recogida de datos durante la evaluación puede dificultar el establecimiento de covariación entre las variables. En estos casos sólo cabe *suponer* la existencia de variables causales que, de hecho, no se han podido observar y que, por tanto, son variables causales *hipotéticas*. En estos casos, a veces las inferencias causales pueden guiarse por los resultados de la investigación realizada con personas con problemas de comportamiento similares. La investigación anterior es particularmente provechosa cuando existen dificultades al recabar datos sobre las relaciones causales durante la evaluación del paciente. Además, los resultados de los estudios previos ayudan al clínico a centrar la evaluación en las causas más probables del comportamiento del paciente.

3.2. Precedencia temporal

La variable causal propuesta debe preceder de forma fiable al problema de comportamiento. Para que X sea causa de Y , además de la relación funcional

entre ambas, X debe preceder a Y ⁴. Si la variable no precede al problema de comportamiento, puede afirmarse que no hay relación causal. Sin establecer precedencia entre X e Y , es difícil eliminar la posibilidad de que

- a) X sea el resultado, más bien que la causa, de Y .
- b) X e Y muestran covariación porque ambas son causadas por una tercera variable, Z (véase la figura 4.2).

Como ocurría con la covariación, la «precedencia» es una condición de la inferencia causal engañosamente simple, especialmente en el terreno de la evaluación clínica. Primero, porque la precedencia es una condición necesaria pero insuficiente, ya que no permite excluir la posibilidad de que una tercera variable esté produciendo el efecto. Veamos dos ejemplos en los que esto podría ocurrir. El primer ejemplo lo ponemos más en abstracto (utilizando letras para designar los problemas y sus causas), de tal forma que se pueda aplicar a cualquier tipo de problemas y causas. El segundo será un ejemplo clínico concreto, menos generalizable pero más realista.

En el primer ejemplo, Z podría ser una variable causal de X e Y , pero el efecto X podría tener una latencia más corta que el efecto Y (véase la figura 4.2 más adelante). Esta diferencia en la latencia causal daría lugar a que X e Y coviaran (lo que satisface la primera condición necesaria para establecer causalidad) y a que X precediera a Y (lo que satisface la segunda condición necesaria para establecer causalidad). A pesar de cumplir las primeras dos condiciones necesarias para establecer causalidad, X no necesariamente tiene que ser causa de Y . Nótese que todas las posibilidades que siguen podrían ser verdad: Y podría estar influida sólo por X ; sólo por Z , o conjuntamente por X y Z .

Como segundo ejemplo, considérese un caso en el cual los problemas laborales de un paciente actúan como variables causales tanto para su abuso del alcohol como para el comportamiento de autoproducirse heridas, pero sobre el abuso de alcohol influyen antes que sobre el autolesionarse (por ejemplo, se para en el bar al salir del trabajo y, sin embargo, no se autolesiona hasta que llega a casa). Si evaluamos la ingesta de alcohol y las autolesiones, encontraríamos una estrecha covariación entre ambas, así como que la primera precede a las segundas. Por ello, podría parecer, erróneamente, que el abuso de alcohol actúa como variable causal de las autolesiones. Nótese las implicaciones de este juicio clínico erróneo para el tratamiento: si las autolesiones fueran el problema

más importante, para reducirlas probablemente propondríamos el tratamiento del abuso del alcohol como manera de reducirlas, en lugar de un tratamiento centrado principalmente en los efectos de los problemas laborales. Centrar el tratamiento en el abuso de alcohol sería beneficioso para el paciente (si es que logramos que beba menos) pero no produciría un beneficio máximo (la solución de ambos problemas: bebida y autolesiones). Aquí hay que recordar de nuevo que una de las metas más importantes del análisis funcional es ayudar a elegir el tratamiento más efectivo posible.

El concepto de precedencia (es decir, que hay un cierto desfase o retraso entre la ocurrencia de una variable causal y sus efectos) presenta retos adicionales al clínico al interpretar la investigación publicada sobre las causas de los problemas de comportamiento. Las relaciones causales se pueden identificar con exactitud sólo dentro de ciertos límites temporales. La duración de la latencia causal puede variar según las causas y los problemas (e incluso según las dimensiones de un problema). Los efectos de una variable causal pueden estar limitados en el tiempo, y estos límites temporales de las relaciones causales pueden variar según los problemas y sus causas. Por ello, la evaluación de una relación causal supuesta en el momento equivocado (por ejemplo, antes o después de que se produzcan los efectos causales) no permitirá apreciar la covariación entre dos acontecimientos cuando, de hecho, existe relación causal entre ellos.

La medida a destiempo de una relación causal es un problema común en la investigación longitudinal, tal como la realizada sobre las relaciones entre depresión y problemas conyugales⁵. En estos estudios longitudinales, la depresión y los problemas conyugales se suelen medir dos o tres veces (con una separación de entre un mes y un año) para examinar el grado en el que la depresión (o los problemas conyugales) en el momento de la primera medición predice la satisfacción conyugal (o la depresión) de la segunda medición. Esta estrategia produce un muestreo del tiempo conveniente para los investigadores y los pacientes, pero poco adecuado para captar la latencia causal y las cualidades dinámicas de las variables estudiadas. Dada la variabilidad normal en el estado de ánimo deprimido, sus efectos sobre la satisfacción conyugal pueden tardar horas, días o semanas (suponiendo un modelo causal aditivo en el que períodos más largos de estado de ánimo deprimido se asocian a mayores problemas conyugales), pero no un año. Asumiendo, como es razonable hacer, que hay múltiples variables causales que afectan el estado de ánimo y la satisfacción

conyugal, lo más probable es que muchas de ellas actúen a lo largo de un año, entre una evaluación y otra. Por ello, las medidas longitudinales temporalmente mal programadas proporcionarán estimaciones inexactas de las relaciones causales entre las dos variables.

El requisito de que la variable causal preceda al problema de comportamiento con frecuencia se viola en las inferencias causales de la investigación psicopatológica y al extraer inferencias causales en la práctica clínica. Aunque las advertencias contra la confusión entre correlación estadísticamente significativa y causalidad aparecen en todos los libros de texto, muchos investigadores y clínicos competentes interpretan las correlaciones o las diferencias entre grupos en diseños transversales como indicativas de relación causal entre las variables. Este error inferencial suele ocurrir con más frecuencia cuando los resultados concuerdan con las hipótesis causales previas del investigador o del clínico. Las afirmaciones causales de este tipo de investigación suelen presentarse de la siguiente forma: «Si A funciona como causa de B, se espera que se dé una estrecha correlación entre A y B en la muestra utilizada (o en nuestro paciente), cosa que los resultados confirman».

La precedencia temporal no se puede establecer, ni en los diseños transversales ni en la evaluación clínica, simplemente midiendo una única vez dos variables al mismo tiempo. Los resultados de una evaluación realizada en un único momento temporal (no importa la parafernalia que se emplee al obtener los datos o la sofisticación estadística al procesarlos) pueden ser coherentes con, pero nunca confirmar, las relaciones causales supuestas. De forma similar, es difícil realizar inferencias sobre las relaciones causales en nuestros pacientes simplemente dándoles autoinformes, a menos que contengan elementos temporales del tipo «Con frecuencia me pongo nervioso cuando voy a reunirme con gente que no conozco».

De forma coherente con lo que venimos diciendo, Ward y Thorn (2006) han destacado también la necesidad de precedencia de la variable causal al inferir relaciones causales en casos de dolor crónico (véase una investigación transversal de Cook y Vowles, 2006). En el modelo causal de estos últimos autores, el miedo a volver a lesionarse media la relación entre el catastrofismo (por ejemplo, la preocupación acerca de que la lesión tenga consecuencias graves) y la discapacidad percibida, la depresión, y el dolor. Los hallazgos de su estudio se relacionan, además, con la *naturaleza condicional de las relaciones causales*, ya que los autores encontraron que la relación entre el miedo a volver a

lesionarse y la discapacidad percibida era mayor en las personas de edad. Su modelo se presenta en la figura 4.1. Obsérvense la relación temporal entre las variables y la magnitud de las relaciones funcionales representadas en el modelo.

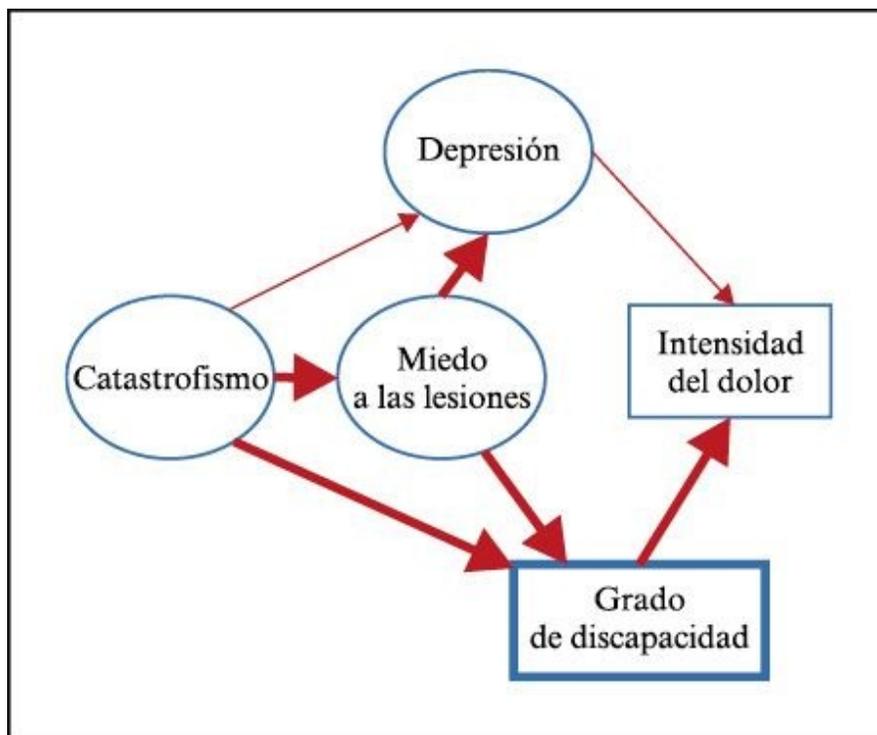


Figura 4.1.—Modelo causal nomotético de la discapacidad asociada al dolor crónico, indicando la importancia del miedo como mediador de los efectos del pensamiento catastrofista. La fuerza de las relaciones entre variables variará de paciente a paciente (basado en datos de Cook y Vowles, 2006).

Dada la naturaleza multidimensional de los problemas de comportamiento, la precedencia temporal de una variable causal puede valer para una dimensión del problema pero no para otra. Por ejemplo, la escasa capacidad de un paciente de solucionar sus problemas familiares puede afectar la severidad o la duración, pero no el inicio de sus episodios depresivos (véase Nezu et al., 1987, 2004). De igual forma, las atribuciones catastrofistas de un paciente sobre sus sensaciones físicas (v.g., que dichas sensaciones indican el comienzo de un ataque al corazón) pueden afectar la duración o la severidad del episodio de pánico pero no su inicio (véase Smits et al., 2006). De forma semejante, una persona con problemas de sueño puede comenzar a preocuparse por no poder dormir cuando se acuesta. En este caso, la preocupación previa a dormirse sería el resultado de su problema de sueño y no la causa de su inicio. Sin embargo, dicha preocupación previa

podría aumentar el tiempo que tarda en dormirse (Van Egeren et al., 1983, y Bootzin et al., 1990).

Dado que las relaciones causales pueden diferir según las dimensiones de los problemas, es importante que el clínico especifique las dimensiones pertinentes en sus análisis funcionales y FACCD. El no detallar si el análisis funcional explica el inicio, la tasa, la probabilidad, la magnitud, o la duración de un problema, por ejemplo, puede conducir a inferencias erróneas sobre el papel de las variables causales y a que no se elija el mejor foco de tratamiento.

Estos ejemplos también destacan la importancia de las diferencias individuales en las relaciones causales. Como dijimos antes, la preocupación puede influir en lo que la persona tarda en dormirse, pero no en el comienzo de su problema. Sin embargo, para algunas personas, la preocupación puede estar siendo producida por otros acontecimientos o problemas que, a su vez, producen los problemas de sueño.

En algunos casos el establecimiento de la precedencia temporal de una variable causal sobre su efecto se complica mucho porque la variable causal consiste en patrones de interacción, más que en un acontecimiento simple. Por ejemplo, la variable causal «refuerzo positivo» (v.g., como variable causal de las rabietas, el hablar depresivo, las amenazas de suicidio, o las quejas de dolor) incluye interacciones entre el paciente y su entorno: la conducta-problema del paciente es seguida por una consecuencia que aumenta la probabilidad de dicha conducta. No es la consecuencia (v.g., la respuesta positiva de la otra persona) la que actúa como variable causal, sino la relación respuesta-reforzador (v.g., la atención que da un profesor al comportamiento negativista de un niño). Es la contingencia de respuesta la que actúa de variable causal, no el simple hecho de que el profesor le preste atención (con o sin comportamiento negativista).

Otro caso en el que resulta difícil establecer precedencia temporal de la causa sobre su efecto es cuando ambas variables se influyen mutuamente. Estos casos de *causalidad bidireccional (o circular)*, en la que dos variables se influyen la una a la otra (y, por tanto, ambas son a la vez causa y efecto de la otra), presentan dificultades conceptuales y de evaluación adicionales al establecer precedencia temporal. La covariación es fácil de identificar en las relaciones causales bidireccionales, pero no así los mecanismos de actuación, los efectos diferenciales de cada variable y la precedencia temporal de una sobre la otra.

3.3. Exclusión de explicaciones alternativas de las relaciones funcionales

Como hemos visto en varios ejemplos anteriores, dos variables pueden mostrar una covariación significativa y una variable preceder a la otra, no porque se dé relación causal entre ellas, sino porque ambas dependen de una tercera variable. Por otra parte, dos variables pueden parecer causalmente relacionadas aun cuando no lo estén, como aparece en la figura 4.2 (véase más adelante). En dicha figura, Y_1 covaría con, y precede a, Y_2 . Si el clínico evalúa solamente Y_1 e Y_2 , pero no la variable X , podría inferir erróneamente que Y_1 se relaciona causalmente con Y_2 cuando, de hecho, su aparente relación causal se debe a los efectos de una tercera variable. Obsérvese la diferente latencia causal de X con Y_1 e Y_2 . Como ejemplo clínico puede servir el que se ha referido antes, en el que los problemas laborales producen, tanto consumo de alcohol como autolesiones, pero en el que el consumo de alcohol se produce cuando se va de camino desde el trabajo a casa, y las lesiones no se producen hasta que se ha llegado al hogar. Tal como se representa en la figura 4.2B, por ejemplo, X_1 equivaldría a los problemas laborales; Y_1 , al consumo de alcohol; e Y_2 , a las auto-lesiones.

La inferencia errónea de que existe relación causal entre dos variables es especialmente probable en tres condiciones: *a*) cuando la influencia de la causa, X , se da mucho antes sobre un problema que sobre el otro (antes sobre Y_1 que sobre Y_2 , lo que da lugar a una precedencia temporal manifiesta del primer problema sobre el segundo); *b*) cuando los clínicos no pueden evaluar la variable causal X (es decir, cuando ésta es hipotética, algo que se relaciona con la validez de contenido del modelo y del diagrama causal, discutida en el capítulo 3), y *c*), cuando la relación funcional observada entre los problemas, Y_1 e Y_2 , coincide con las creencias previas del clínico.

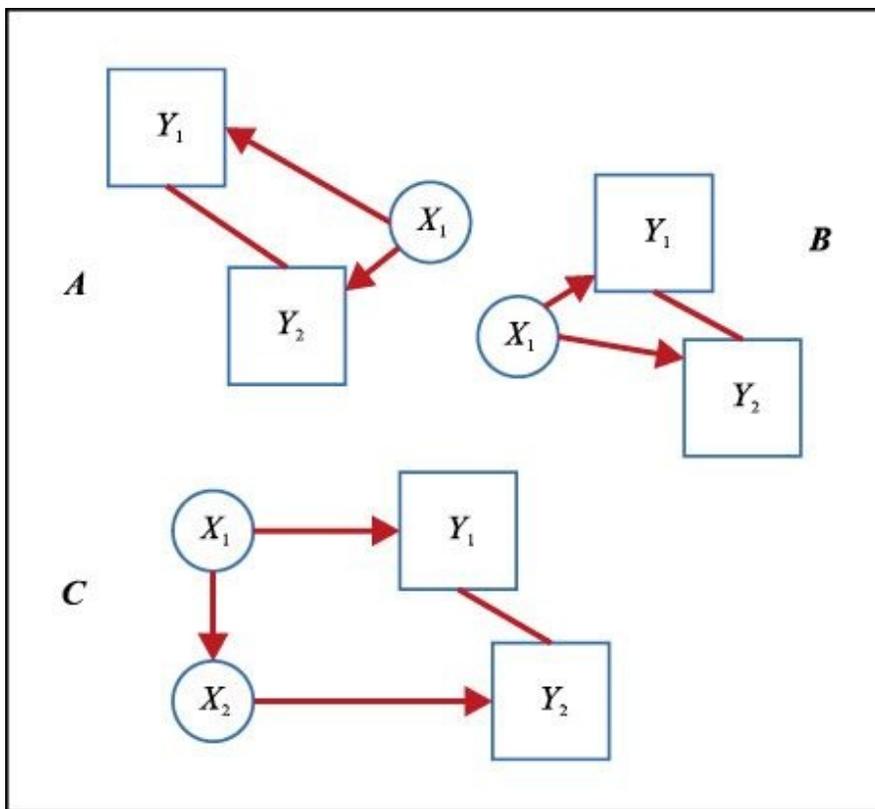


Figura 4.2.—Tres formas en que dos problemas (Y_1 e Y_2) pueden presentar precedencia temporal y covariación en ausencia de relación causal. En todos los casos la latencia del efecto causal difiere en los dos problemas, lo que produce precedencia temporal de uno con respecto al otro (para interpretar los símbolos utilizados —flechas, círculos, cuadrados—, recuérdese la descripción que de los mismos se ha dado en el capítulo 2).

Las diferencias en la latencia causal tiene importantes implicaciones sobre las estrategias de evaluación destinadas a desarrollar un análisis funcional: al examinar una posible relación causal entre dos problemas, el clínico debe considerar la posibilidad de que la covariación observada se deba a los efectos de una tercera variable (o más de una, como en el diagrama C de la figura 4.2). El clínico debe evaluar posibles terceras variables, además de las dos principales en entredicho (el problema y su supuesta causa).

La exclusión de explicaciones alternativas de una relación causal supuesta puede ser el requisito más difícil de cumplir al realizar inferencias causales, ya que puede haber muchas explicaciones alternativas posibles. Esta exclusión requiere haber evaluado cuidadosamente múltiples hipótesis causales, muy bien pensadas y con un firme apoyo en los datos, de entre múltiples variables potencialmente causales, así como una cuidadosa evaluación de dichas variables,

evaluación que, además, ha de hacerse siguiendo una secuencia temporal escrupulosamente definida. La mayoría de las hipótesis causales en un análisis funcional son susceptibles de muchas explicaciones alternativas y es imposible, dentro del contexto clínico, atender a todas ellas. Esto pone claramente de manifiesto lo que antes decíamos: que el análisis funcional de un paciente siempre está constituido por juicios subjetivos del clínico, aun cuando se base en los mejores datos que se podían reunir.

La mejor prueba de una relación causal se encuentra, en última instancia, en la observación de los efectos de la *manipulación sistemática* de la supuesta variable causal (véase el capítulo 9, para una descripción de los análisis funcionales experimentales), bien durante la evaluación pretratamiento, bien durante el tratamiento propiamente dicho. Si X_1 es una variable causal de Y_1 , la manipulación sistemática de X_1 (el cambio sistemático de su ocurrencia, magnitud o duración) debe ir seguida de cambios en Y_1 de una manera congruente con la supuesta relación causal.

Sin embargo, el mismo problema señalado antes vale también aquí: los efectos sistemáticos de la manipulación de X_1 observados sobre Y_1 serán indicativos de una relación causal sólo si controlamos o tenemos en cuenta otras explicaciones alternativas que también podrían producirlos. Hay muchos ejemplos en psicopatología en los que las relaciones causales supuestas son susceptibles de explicaciones alternativas. Con frecuencia se ha dado por hecho que las interacciones conflictivas y estresantes de los padres con los hijos resultan, al menos en algunos casos, de habilidades de crianza deficientes (por ejemplo, respuestas inconsistentes ante el comportamiento desafiante del hijo, actitudes negativas hacia ser padres, o falta de atención a los comportamientos del hijo). Sin embargo, las habilidades de crianza de un padre y la valencia y los tipos de interacción entre padres e hijos también pueden estar influidas por los problemas de comportamiento de otro miembro de la familia, o por las dificultades de los padres fuera del hogar (véase Doherty et al., 1998).

Otra complicación de las inferencias causales en evaluación clínica es el hecho de que la actuación de una tercera variable no excluye que, efectivamente, pueda existir relación causal entre las dos variables en consideración. En estos casos (véase figura 4.3), la covariación entre los problemas (Y_1 e Y_2) se puede explicar sólo parcialmente por la acción de una tercera variable (X_1). Por

ejemplo, el hecho de que un hermano problemático aumente la mala relación entre un padre y un hijo no excluye la posibilidad de que el padre posea unas escasas habilidades educativas, que también influyen en su mala relación con el hijo.

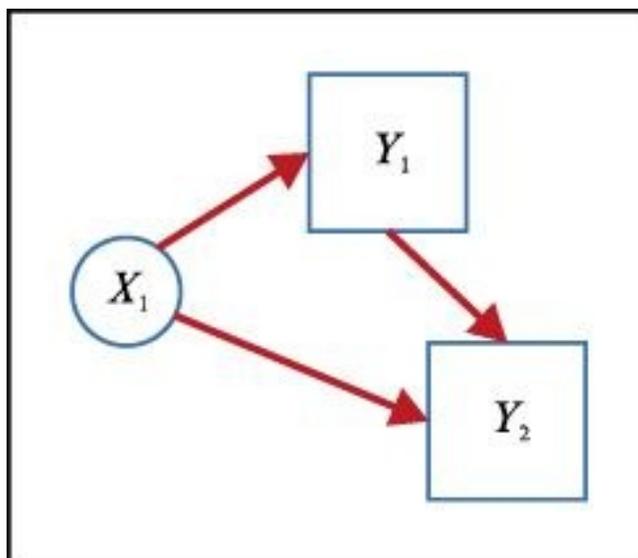


Figura 4.3.— Y_2 depende de Y_1 y X_1 . X_1 influye, tanto sobre Y_1 como sobre Y_2 , pero afecta primero a Y_1 .

3.4. Conexión lógica entre variables

La covariación, la precedencia y la exclusión o control de la influencia causal de una tercera variable son condiciones necesarias pero insuficientes para realizar inferencias causales en el análisis funcional. Para que una variable sea considerada «causal» debe también tener una conexión causal lógica, o potencialmente lógica, con el efecto. El clínico debe preguntarse: «¿Esta relación causal tiene sentido?», o «¿Cómo influye X sobre Y ?». Tomar un desayuno temprano puede covariar con, y preceder siempre, los comportamientos agresivos de un niño. ¿Pero cuál es el lazo o mecanismo causal? Puede que la agresión se dé sólo en la escuela y que el niño desayune temprano únicamente cuando va a la escuela. Pero también podría ocurrir que la dieta del niño afecte a sus neurotransmisores centrales y que éstos funcionen como mecanismo causal. Para que el «desayuno temprano» se considere una «causa» de la agresión en clase, se debe establecer la lógica de tal conexión causal (esto es, el mecanismo de actuación de la causa) o, al menos, debe haber una expectativa razonable de que dicha conexión se establecerá en el futuro.

Las conexiones lógicas son especialmente importantes cuando en el análisis funcional se proponen variables causales abstractas o poco específicas. Por ejemplo, ¿mediante qué mecanismos la «frustración» produce agresión? O ¿cómo se relaciona la «baja autoestima» con los episodios de pánico o con la evitación social? Cuando se especifican los mecanismos concretos de actuación de estas variables causales sobre los problemas a tratar, el análisis funcional resulta clínicamente mucho más útil.

Somos conscientes de que estas cuatro condiciones de inferencia causal son engañosamente simples y pueden ser difíciles de cumplir en evaluación clínica. Por ejemplo, la covariación puede ser difícil de detectar cuando múltiples variables causales afectan el problema de un paciente, o cuando otras variables moderan o median los efectos de una variable causal. Además, puede ser complicado identificar y observar una relación causal supuesta cuando dicha relación se da en ambientes naturales difíciles de observar. Ejemplos de esto pueden ser la relación causal entre conflictos conyugales y autolesiones, entre dificultades laborales y estado de ánimo deprimido, o entre la desobediencia de un niño y las respuestas de sus padres cuando lo acuestan. Éstas son relaciones causales potencialmente importantes que ocurren en ambientes difíciles de observar. Por ello, debe recurrirse a métodos indirectos de evaluación, tales como entrevistas y cuestionarios, o a instrumentación, tal como PDA, para adquirir datos sobre el ambiente natural.

3.5. Mecanismos de las relaciones causales

Como acabamos de sugerir, el requisito de conexión lógica en los juicios causales requiere que identifiquemos el *mecanismo causal* de la relación entre la supuesta causa y el problema. Los mecanismos causales hacen referencia a los medios a través de los que se da el efecto (a las variables o pasos a través de los que se produce el efecto). Cuando pensamos en mecanismos causales estamos haciéndonos la siguiente pregunta: ¿cómo, o de qué manera, *X* ejerce su influencia sobre *Y*?, o, ¿cómo podría *Y* estar siendo influido por *X*?

La inferencia causal se puede basar en la asunción de que, de alguna forma, se encontrará un mecanismo causal entre las variables. Por ejemplo, el mecanismo de acción de algunas medicaciones psicótropas aún no se ha identificado. Sin embargo, se han demostrado sus efectos beneficiosos en algunos pacientes. Hay

ventajas obvias para el tratamiento si podemos identificar los mecanismos causales subyacentes a una posible relación causal. En el caso de sustancias psicótropas, por ejemplo, se podrían desarrollar nuevas medicaciones dirigidas de forma más específica y efectiva contra los mecanismos causales.

La historia de los conocimientos sobre la peste bubónica proporciona un ejemplo de la importancia de los mecanismos causales. La asociación entre las ratas, las pulgas y la peste bubónica (o peste negra) se identificó mucho antes de que se comprendiera el mecanismo de conexión causal. Esto es, la forma en que las pulgas transmitían una plaga que mataba a millones de personas. En la Edad Media, durante cientos de años, se desconocía su causa, aunque se propusieron varias hipótesis: pozos o alimentos envenenados, la cólera de Dios, la actuación de fuerzas astrológicas, la acción malévolas de grupos marginados (v.g., judíos, gitanos, vagabundos), o los comportamientos pecaminosos. Pasaron centenares de años antes de que los científicos descubrieran que las pulgas transmitían la bacteria denominada *yersinia pestis*, que ataca los nodos linfáticos (véase Biddle, 2002). De hecho, no fue hasta finales del siglo XIX cuando Alexandre Yersin logró aislar dicha bacteria.

El ejemplo de encender la luz, tomado de Haynes (1992), ejemplifica las ventajas de entender los mecanismos causales. Supongamos que una persona le da al interruptor (X) y la lámpara se enciende (Y). En este caso, existe una clara relación funcional y de precedencia entre ambos acontecimientos (darle al interruptor \rightarrow encendido de la luz). La cuestión del mecanismo causal puede indicarse así: ¿cómo se ha encendido la luz?, o ¿cómo ha producido el interruptor que la lámpara se encienda? Podemos inferir que darle al interruptor «causa» la luz, ya que X ha precedido a Y . Los dos acontecimientos están fuertemente correlacionados, son temporalmente contiguos y no parece que una tercera variable los cause a ambos. Las variables X e Y parecen mostrar una conjunción constante (X es necesario y suficiente para que se dé Y), ya que al interruptor se le puede dar muchas veces con los mismos efectos: cada vez que ocurre X , se da Y . Además, Y nunca ocurre sin X (por supuesto hay situaciones, tales como un apagón, donde esta relación no se da). Así pues, bajo condiciones normales, darle al interruptor es algo suficiente y necesario para encender la luz. Aunque esta relación es general, existen ciertas condiciones en las que el darle al interruptor puede no ser ni suficiente ni necesario para que se encienda la luz (por ejemplo, si el interruptor está roto, si hay un corte de electricidad, o si hay un segundo

interruptor de la luz).

Este ejemplo ilustra la importancia del análisis funcional y de identificar los mecanismos causales en esos modelos. Si comprendemos los mecanismos de la relación causal existentes entre darle al interruptor y que se ilumine la lámpara, se abren muchas más oportunidades de controlar la luz. Si identificamos las relaciones entre el flujo de electrones, amperaje, vatios, tipos de materiales conductores y atmósfera interna de la bombilla, podremos idear maneras alternativas de producir luz y de controlar mejor el efecto (v.g., la intensidad o color de la luz emitida). Más importante aún, comprender los mecanismos causales posibilita solucionar problemas, ya que permite identificar exacta y rápidamente las causas por las que la luz no llega a encenderse cuando se le da al interruptor. Tal como ocurre con los comportamientos funcionales y disfuncionales, los mismos mecanismos causales son los responsables de la operación normal de la luz y de sus disfunciones.

Este ejemplo, además, pone de relieve los conceptos de *nivel* y de *dominio* en las relaciones causales. En un nivel más alto, más molar, podemos pensar en la causa de la iluminación como darle al interruptor. En un nivel inferior, un nivel más micro, podemos conceptualizar la causa como el flujo de electrones en un material que opone resistencia. Ambos son niveles del análisis causal válidos y útiles, pero en diversos contextos, y ambos son condicionales en el sentido de que dependen de otras variables. Por ejemplo, darle al interruptor produce luz sólo cuando hay suficiente energía, un circuito eléctrico intacto y una bombilla apropiadamente sellada, y sólo dentro de cierta gama de densidad de corriente y de vatios.

En este ejemplo también se puede apreciar la diversidad en las *dimensiones de los efectos causales*. Las dimensiones de la luz pueden consistir en su latencia hasta que se produce una iluminación completa, el brillo, la duración de la iluminación, la dispersión, el color, la frecuencia de parpadeo (como en los tubos fluorescentes), o la cantidad de calor generada. Como ocurre con los problemas de un paciente, es probable que diferentes dimensiones se vean afectadas por distintas variables causales. Por ejemplo, la cantidad de calor generada por la bombilla depende más del material con que está hecho el filamento que del gas con que ésta se haya relleno.

Algo importante que hemos dicho antes es que las dimensiones del problema de un paciente sobre las cuales enfocamos el análisis funcional afectarán las relaciones causales que identifiquemos. Dado que los problemas de

comportamiento presentan múltiples dimensiones, es probable que identifiquemos distintas relaciones causales según la dimensión a la que prestemos atención.

4. EL PAPEL DEL CLÍNICO EN LA INFERENCIA CAUSAL

El análisis funcional de los problemas de un paciente es siempre un modelo causal hipotético, resultado de la integración de muchos juicios por parte de un clínico concreto. La inferencia de que la relación entre variables cumple los cuatro requisitos de las relaciones causales es un juicio influenciado por el contexto, la orientación teórica, las creencias, las expectativas, las experiencias recientes y las atribuciones causales del clínico. Este juicio, a veces sesgado, dirige al clínico al decidir qué variables deben evaluarse, que métodos de evaluación deben utilizarse y cómo deben interpretarse los resultados de la evaluación.

Como cabía esperar, hay desacuerdos (particularmente entre clínicos con orientaciones teóricas distintas) sobre el grado en el que una relación causal supuesta resulta lógica, plausible, apoyada por datos y clínicamente útil. Por ejemplo, algunos teóricos psicodinámicos proponen variables causales, tales como represión, conflicto erótico o sublimación. Variables que los teóricos de otras orientaciones encuentran poco razonables e incongruentes con la psicología científica (véase Lambert, 2003, para una descripción de diversos paradigmas de psicoterapia). Por ello, no es razonable suponer que los análisis funcionales son independientes de las creencias del clínico.

Los procesos cognitivos y los factores que afectan los juicios del clínico al construir un análisis funcional no se tratan en este libro, pero son importantes y nunca deben pasarse por alto⁶.

Una de las metas que nos han llevado a escribir este libro ha sido la de promover en la formulación de casos clínicos un acercamiento sistemático, científico, y conceptual y empíricamente fundamentado, de tal forma que se reduzca el impacto de los sesgos idiosincrásicos del clínico. En la mayor medida posible, los elementos en un análisis funcional deben reflejar las características del paciente, no los sesgos del clínico.

RESUMEN

Los filósofos de la ciencia han propuesto muchas clases de variables causales. Los tipos más aplicables al análisis funcional suelen ser las causas insuficientes, las causas próximas y las causas remotas. Para la mayoría de los problemas del comportamiento no existen causas

«necesarias».

Aunque los conceptos de causalidad han sido muy discutidos en las ciencias del comportamiento, hay cuatro condiciones necesarias para inferir una relación causal: a) covariación; b) precedencia temporal; c) exclusión de explicaciones alternativas, y d) identificación de una conexión lógica, o potencialmente lógica, entre las variables.

Existen varios reparos, complicaciones, limitaciones y errores inferenciales potenciales asociados a las inferencias causales, especialmente en evaluación clínica: a) los errores en nuestra estrategia de medida pueden hacer fracasar la identificación de una relación causal existente; b) las relaciones causales pueden actuar en alguno pero no en otros contextos; c) algunas relaciones causales actúan solamente dentro de algunos valores, o para algunas dimensiones, de las variables; d) las interacciones pueden enmascarar relaciones causales; e) algunas relaciones causales se pueden identificar solamente dentro de ciertos límites temporales; f) las inferencias causales en ocasiones reflejan los prejuicios del clínico; g) a veces, las correlaciones estadísticamente significativas se interpretan erróneamente como indicativas de relación causal; h) a veces la causalidad se infiere de datos transversales (producidos y recogidos al mismo tiempo, sin precedencia temporal); i) pueden existir diferencias individuales importantes en las relaciones causales de un problema de comportamiento; j) las relaciones causales bidireccionales suelen ser difíciles de descubrir; k) la validez de la inferencia causal depende en parte de la calidad de la estrategia de medida utilizada; l) al especificar una relación causal, suele ser difícil descartar la actuación de una tercera variable, y m) las relaciones causales se pueden describir a varios niveles de especificidad.

Es particularmente útil para las intervenciones clínicas poder descubrir el mecanismo de una relación causal. Si comprendemos los mecanismos de relación causal del problema de un paciente, podemos ampliar las opciones de intervención y entender mejor cómo se ha desarrollado el problema.

Un análisis funcional se compone sobre todo de inferencias causales realizadas por un clínico sobre los problemas de comportamiento y las metas de tratamiento de un paciente. Es un modelo causal hipotético integrado por juicios del clínico, que necesariamente va a reflejar sus prejuicios. La utilización de buenas estrategias de evaluación y de formación de juicios puede reducir el grado en el que el análisis funcional refleja las creencias, las expectativas y las atribuciones subjetivas del clínico.

NOTAS

1 Un tratamiento más extenso y más específico sobre causalidad y su aplicación en ciencia puede verse en Blalock (1985, *Causal models in the social sciences*); Bunge (2009, *Causality and modern science*); Haynes (1992, *Causal models in psychopathology*); James, Mulaik y Brett (1982, *Causal analysis*); y en Shadish, Cook y Campbell (2001, *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*).

2 Al considerar los tipos de causas hay que tener en cuenta que *Y* representa un problema de comportamiento (más específicamente, la dimensión de un problema, tal como su duración o su intensidad subjetiva), por ejemplo atracón de comida, agresión, pesadillas o ansiedad social; y que *X* representa una posible variable causal de ese problema (tal como una dificultad de la vida o una contingencia de respuesta).

3 Obsérvese que estas condiciones necesarias para establecer causalidad son también las que guían los métodos de evaluación presentados en los capítulos 6 y 7.

4 Recuérdese que *X* no tiene necesariamente que preceder a *Y* en todos los casos, y que *Y* puede ocurrir sin

X. Ni la «necesidad» ni la «conjunción constante» son condiciones necesarias para la inferencia causal en evaluación clínica.

[5](#) Véase una revisión de la investigación en esta área en Beach (2002), o Rehman et al. (2008).

[6](#) Véanse, por ejemplo, las obras de Wilson y Evans (1982), Garb (1998, 2005), Harvey y Weary (1984), Hastie (1983), Hood y Bloom (1979), Schultz y Mendelson (1975) y Westmeyer (2003), y en castellano, Godoy (1996) y Westmeyer (2001).

5

Características de las variables y las relaciones causales en el análisis funcional

1. CAUSALIDAD Y ANÁLISIS FUNCIONAL

En el capítulo anterior hemos visto cómo los conceptos de causalidad (es decir, qué es lo que piensa el clínico sobre las causas de los problemas de su paciente) afectan a la selección de las estrategias de evaluación clínica, al análisis funcional del paciente y a las decisiones de intervención basadas en él. El análisis funcional, y los FACCD, integran los resultados de sus hipótesis clínicas, basadas en los resultados de la evaluación del paciente y de la investigación sobre qué relaciones causales es más probable que sean importantes y clínicamente útiles para reducir dichos problemas y para alcanzar las metas de tratamiento. También hemos reconocido la complejidad de las relaciones causales de los problemas de comportamiento que han de reflejarse en el análisis funcional.

En este capítulo haremos hincapié en los conceptos de causalidad más aplicables al análisis funcional. La primera sección tratará varios aspectos de las variables y relaciones causales aplicables en la evaluación del comportamiento y el análisis funcional. La segunda sección tratará los tipos de variables causales que han sido más útiles en análisis funcional.

A lo largo de este capítulo (y de todo el libro) destacaremos los aspectos más importantes de las variables y de las relaciones causales en análisis funcional:

Las variables causales poseen múltiples características y dimensiones: Las variables causales poseen múltiples características (v.g., sonidos, olores, aspecto

visual, relaciones temporales) y dimensiones (v.g., frecuencia, magnitud, duración). Estas características y dimensiones pueden diferir en los efectos causales que producen.

Causalidad múltiple: Un problema del comportamiento puede estar influido por variables causales múltiples, actuando concurrente o secuencialmente.

Efectos interactivos y aditivos de las variables causales múltiples: Los problemas de comportamiento pueden estar influidos por los efectos interactivos y aditivos de las variables causales.

Diferencias individuales en causalidad: La combinación de múltiples variables y relaciones causales que afectan un problema puede diferir de una persona a otra, aun cuando posean el mismo problema de comportamiento.

Naturaleza condicional de las relaciones causales: Las relaciones causales del problema de un paciente pueden ser muy diferentes de una situación a otra, de un ambiente a otro, o de un estado a otro.

Naturaleza dinámica de las relaciones causales: Las relaciones causales del problema de una persona pueden cambiar con el tiempo.

Causación bidireccional: Las relaciones causales pueden ser bidireccionales. Una persona puede influir en su ambiente, que, a su vez, influencia sus pensamientos, emociones y comportamiento.

Las variables causales se pueden describir a diferentes niveles de especificidad: Las variables causales específicas, moleculares, son a menudo más útiles en la planificación del tratamiento de un paciente que las variables causales menos específicas o más globales. Sin embargo, el nivel de especificidad más apropiado depende de las metas del análisis funcional.

Cadenas de variables causales: Las variables causales de un problema pueden presentarse formando cadenas.

2. LAS VARIABLES CAUSALES POSEEN MÚLTIPLES CARACTERÍSTICAS

Las variables causales tienen múltiples características y, con frecuencia, cada característica produce efectos distintos. Por ejemplo, las personas que experimentan un acontecimiento traumático pueden diferir en el grado en que sus respuestas de miedo se ven afectadas por sonidos, imágenes, olores o factores ambientales asociados al acontecimiento traumático (véase Bryant, 2006; Keane

et al., 2008, o Wilson y Keane, 1997). Dado que los efectos pueden diferir según las características de un factor causal, su identificación suele ser insuficiente para explicar sus efectos. En muchos casos, para diseñar intervenciones óptimas, es necesario que el clínico identifique características específicas de la causa que está considerando. En estos casos, la pregunta concreta a responder no es cuál es la causa del problema, sino qué variable causal es más importante en el problema de este paciente. Es decir, no basta con señalar cuál es la causa. Es necesario, además, indicar qué característica (variable causal) es la más importante en el problema de este paciente concreto.

Las características más importantes de los factores causales son: *a)* las relaciones temporales entre la variable y el problema de comportamiento (por ejemplo, la inmediatez del castigo tras la ocurrencia de comportamientos agresivos); *b)* la capacidad de refuerzo de una variable (por ejemplo, el poder reforzante de la atención social para un niño con comportamientos autistas); *c)* las características situacionales asociadas a la variable causal (por ejemplo, los efectos de la interacción social previa sobre la capacidad reforzante de la atención), y *d)* las características estimulares de la variable (por ejemplo, qué sonidos, imágenes, olores o estímulos táctiles de un acontecimiento traumático son los más significativos para un paciente).

- a)* La *contigüidad temporal* entre una variable causal y un comportamiento también influye sobre la magnitud de su efecto. Muchas contingencias eficaces de respuesta se retrasan (por ejemplo, el pago tras la terminación de obras; la nota tras la realización de un examen). Sin embargo, muchas contingencias de respuesta comunes, como la atención de los compañeros por el comportamiento antisocial o los estados fisiológicos alterados asociados al uso de drogas, tienen efectos más fuertes cuando siguen más de cerca al comportamiento. Por ello, al explicar la ocurrencia de un problema, o la no ocurrencia de un comportamiento positivo, el clínico debe atender a la contigüidad temporal entre los acontecimientos como una posible variable causal (por ejemplo, «el retraso en el refuerzo» puede ser una variable causal de los problemas de algunos pacientes).
- b)* La fuerza de las relaciones causales (o magnitud del efecto) de muchas variables viene influida por el grado en que éstas tienen *características reforzantes intrínsecas o adquiridas* para el individuo (otra indicación de la importancia de las diferencias individuales). Las personas se diferencian

en el grado en el que una variable particular es reforzante o aversiva. Además, las características motivacionales de una variable dependen de muchos factores. Por ejemplo, la atención de un padre, de un profesor o de un miembro del personal, puede afectar fuertemente el comportamiento negativista de algunos adolescentes, niños con retraso evolutivo o pacientes psiquiátricos. Por el contrario, la atención puede ser un factor motivacional poco importante para otros. Por tanto, al explicar la no ocurrencia del comportamiento deseado (v.g., por qué un niño de educación especial no avanza debidamente en sus habilidades académicas o de autocuidado), el clínico debe atender al poder de los reforzadores que se intentan utilizar. ¿Son éstos los mejores reforzadores a los que se puede recurrir?

Estos ejemplos ponen de relieve la naturaleza individualizada y condicional de la causalidad en el análisis funcional: una variable particular puede tener una relación causal con un problema en ciertas personas, algunas veces, y en determinadas situaciones.

- c) La *naturaleza condicional y el contexto* en el que se da un posible reforzador también pueden afectar el grado en el que influye sobre un comportamiento. La atención inmediata de un padre actuará como reforzador del comportamiento negativista del hijo en la medida en que esté diferencialmente asociada al comportamiento. Es decir, el grado en el que es probable que el niño consiga atención cuando muestra negativismo en relación a cuando no lo muestra. De igual forma, la atención de un miembro del personal psiquiátrico del hospital actuará como reforzador del discurso delirante de un paciente hospitalizado en la medida en que diferencialmente se asocie al comportamiento (es decir, en la medida en que sea más probable que consiga atención cuando habla de forma delirante que cuando habla normal).

En estos casos, la variable causal «atención» no es suficientemente específica porque no capta la naturaleza condicional de la variable ni del contexto, lo que resulta necesario para que dicha variable actúe como causa. Para ser clínicamente útil en estos ejemplos, el análisis funcional debe indicar la ausencia de refuerzo como variable causal: «atención indiscriminada», o «uso indiscriminado de la atención», pueden ser de más provecho al clínico en su planificación del tratamiento.

3. LOS PROBLEMAS PUEDEN DEPENDER DE MÚLTIPLES VARIABLES CAUSALES

La *causalidad multivariante* es un concepto importante en análisis funcional. A menudo, el problema de un paciente puede resultar de una combinación de muchos factores causales que actúan concurrentemente o en secuencia (es decir, variables causales que funcionan en cadena). Todos los problemas de los pacientes descritos en el anexo II dependían de múltiples variables causales que operaban a la vez o de forma secuencial. Se han encontrado factores causales multivariantes en la esquizofrenia, el dolor crónico, los trastornos del sueño, los trastornos de conducta, el maltrato infantil, los trastornos de personalidad, los comportamientos autolesivos en personas con retraso, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés postraumático y otros muchos trastornos del comportamiento¹. Por ejemplo, las disfunciones sexuales (v.g., disfunción eréctil masculina, o dispareunia femenina) pueden provenir de diabetes, irregularidades circulatorias, disfunciones hormonales, procesos atencionales, deterioro vascular, aprendizaje, situaciones ambientales, fatiga, uso de drogas o de alcohol, dificultades en la relación de pareja, trauma psicosocial, efectos de la medicación, enfermedad crónica, interacciones sociales o sexuales, o reacciones condicionadas de miedo (Meana, Binik y Thaler, 2008). Es más, lo más probable es que los trastornos sexuales de un paciente sean el resultado de una combinación de varios factores causales.

Debe advertirse cómo en el ejemplo anterior el clínico debería recomendar estrategias de tratamiento distintas según las variables causales concretas que afecten al paciente. También deben tenerse en cuenta las probables cadenas y las interacciones entre múltiples variables causales. Para un paciente particular, el trastorno sexual podría provenir de la interacción mutua de la diabetes, el deterioro vascular, los efectos de la medicación y dificultades en la relación, en tanto que en otro paciente la combinación de causas podría ser muy distinta.

Por ejemplo, muchos factores, tales como los pensamientos negativos sobre uno mismo, el creer que estamos indefensos ante una situación difícil, las habilidades insuficientes para hacer frente a las dificultades, la pérdida de un amigo o un miembro importante de la familia, un divorcio o separación indeseado, las dificultades en el trabajo o la escuela, la pérdida de un buen puesto de trabajo, un cambio en las circunstancias vitales, o factores dietéticos, pueden

desencadenar o exacerbar el consumo de drogas, los comportamientos obsesivos, la ansiedad o los síntomas depresivos. Como hemos observado, es probable que varios factores causales puedan estar operando a la vez para que un individuo experimente cualquiera de estos problemas.

El énfasis en la causalidad múltiple no contradice la posibilidad de que el problema de un paciente, o una categoría de problemas de comportamiento, pueda depender fundamentalmente de una única variable causal. La jaqueca de un paciente puede depender fuertemente de un alto contenido de tiramina en los alimentos que consume. Los ataques de pánico de un paciente pueden estar fuertemente asociados con situaciones sociales en las que se lo evalúa negativamente. Sin embargo, centenares de estudios publicados muestran que lo más probable es que los problemas del paciente dependan de diversas variables causales que actúan conjuntamente.

Como veremos en el capítulo 9, la idea de *causalidad múltiple* aconseja que el clínico se abstenga de hacer inferencias causales prematuras al construir el análisis funcional del paciente. El clínico debe tener cuidado, porque la identificación de una variable causal importante no excluye la posibilidad de que existan otras causas también importantes. Por ejemplo, que rápidamente se identifique que las rumiaciones al dormirse son un factor causal relevante en los problemas de sueño, no significa que no se deba continuar buscando la posible actuación concurrente de factores causales dietéticos, ambientales o sociales. Como diremos al hablar de los métodos de evaluación (capítulos 7 y 8), el clínico debe realizar una exploración amplia de las múltiples variables causales posibles.

CUADRO 5.1

Causalidad multivariada y mecanismos causales

Aunque la existencia de variables causales múltiples en los problemas de comportamiento se ha documentado bien, los mecanismos subyacentes que explican sus relaciones causales se han investigado con menos frecuencia. ¿Cómo pueden variables causales tan distintas tener efectos similares en un mismo problema? Por ejemplo, ¿cómo pueden la cafeína y el cese de un problema importante producir ambos jaqueca? ¿Cómo pueden las variables atencionales y los desequilibrios hormonales producir ambos problemas de erección? ¿Cómo pueden la sensibilidad a la ansiedad y el miedo a obtener una evaluación negativa aumentar ambos la ocurrencia de ataques de pánico? La respuesta a estas preguntas probablemente esté en los mecanismos subyacentes de estas relaciones causales (véase, Gavino, Godoy, Rodríguez-Naranjo y Eifert, 1996).

Múltiples relaciones causales en un mismo problema de comportamiento pueden darse en tres condiciones: a) cuando diferentes variables causales funcionan a través de un mecanismo causal

compartido; b) cuando un problema es función de mecanismos causales múltiples, y c) cuando una variable causal afecta un problema a través de mecanismos causales múltiples.

Mecanismos causales compartidos. Considérese el problema del maltrato infantil. La mayoría de los modelos del maltrato infantil proponen variables y mecanismos causales múltiples, tanto en los padres como en el hijo: habilidades de crianza deficientes, bajo nivel de educación, inhabilidad para manejar la ira, niño provocador y con comportamientos insufribles, consumo de drogas, poco apoyo social, una alta frecuencia e intensidad de problemas diarios, condiciones económicas penosas, dificultades y conflictos matrimoniales, las experiencias de los padres con sus padres, y habilidades de comunicación deficientes (véase Wise, 2006).

Si centramos nuestra discusión del maltrato infantil en una única variable causal (a un alto nivel de análisis de las dificultades sociales y del entorno que actúan sobre los padres) podemos apreciar cómo muchas variables causales pueden funcionar a través de un mecanismo común (o sus efectos pueden estar mediados por la misma variable). Debido a que un «ambiente social problemático» puede aumentar la probabilidad del maltrato infantil, cualquier acontecimiento estresante para el padre puede funcionar como una variable causal del maltrato del niño. Los acontecimientos estresantes que desencadenan violencia en una familia pueden ser muchos: un niño provocador, un desacuerdo marital, dificultades laborales, o carencia de una sustancia psicoactiva. Estos factores causales tan diferentes tienen efectos similares porque funcionan a través de una variable o mecanismo causal común (el estrés social y ambiental. Adviértase que también podríamos describir a nivel biológico los mecanismos causales del estrés social como una disfunción adrenocortical e hipotalámica, o a nivel cognitivo, como interrupciones de la atención sobre los problemas y las preocupaciones).

Otro ejemplo. La desinhibición en comportamientos desaprobados socialmente (como la agresión a un niño) puede ser uno de entre los varios mecanismos del maltrato infantil. La «desinhibición» puede aumentar debido a altos niveles de alcohol en sangre, un ambiente propicio (estar a solas con un niño provocador y pensar que la agresión no va a producir consecuencias), o un ambiente social donde pegar a los niños se justifica socialmente (v.g., porque se cree que «la letra, con sangre entra»).

A un nivel más específico de análisis, también podemos examinar el mecanismo a través del que las dificultades ambientales afectan los comportamientos de crianza (como en Wahler y Hann, 1986). Una explicación es que las dificultades socioambientales incapacitan al padre para atender el comportamiento del hijo. Cuando las habilidades de crianza se deterioran, el padre no puede aplicar contingencias apropiadas en el momento adecuado sobre el comportamiento del hijo. Lo más probable es que los comportamientos positivos del niño se queden sin recompensa, y que los comportamientos negativos pasen sin corregirse. Así, cualquier acontecimiento que interrumpa la capacidad del padre para atender al niño (v.g., abuso de sustancias, mala salud, dificultades matrimoniales, problemas económicos, vivir en una vecindad violenta) puede aumentar la probabilidad de que el niño presente problemas de comportamiento, de que lo maltraten, o de que se le descuide. En estos ejemplos, un mecanismo causal común, o una variable mediadora común, puede explicar los efectos similares de variables muy distintas entre sí.

Los mecanismos causales compartidos son similares a las variables mediadoras ejemplificadas en la figura 2.10 (capítulo 2), y a lo reflejado en la figura 5.1.

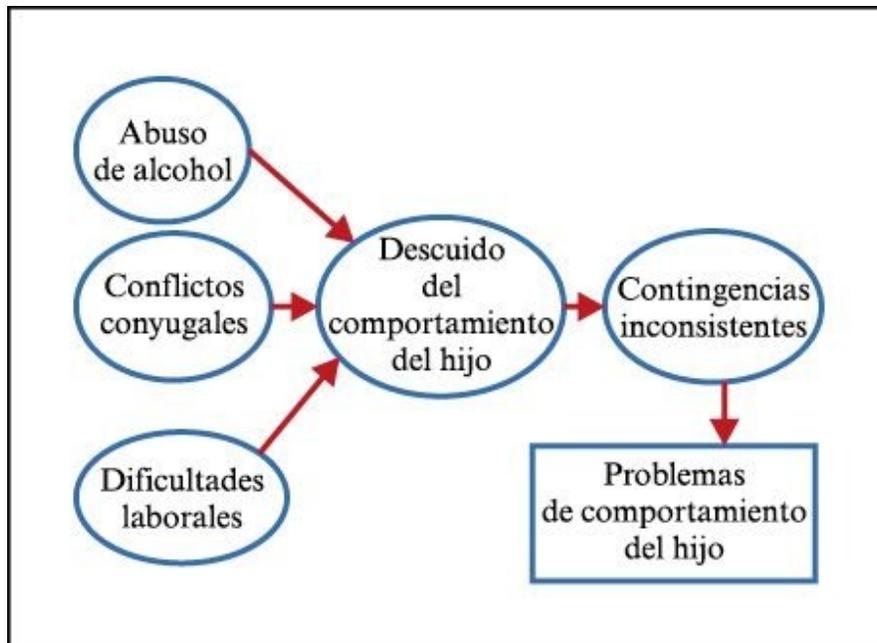


Figura 5.1.—FACCD que ilustra un mecanismo de actuación compartido por diferentes variables causales. Obsérvese que el «descuido del comportamiento del hijo» media los efectos de las tres variables causales antecedentes en los problemas de comportamiento del hijo (véase la discusión en el cuadro 5.2). Admitimos que cada una de las tres variables causales anteriores en la cadena también puede influir sobre el problema del hijo a través de otras vías (véase la sección siguiente).

4. UNA VARIABLE PUEDE TENER MÚLTIPLES MECANISMOS E INFLUENCIAS CAUSALES

No sólo es verdad que múltiples variables causales pueden influir sobre un problema a través de mecanismos causales comunes, también es verdad que una variable causal puede afectar a un problema a través de mecanismos e influencias causales múltiples. Por ejemplo, el abuso de alcohol puede aumentar la «desinhibición», entorpecer las habilidades de crianza y aumentar los conflictos entre los padres y de los padres con el hijo.

La figura 5.2 ilustra dos tipos de influencias causales a través de las cuales el consumo de alcohol puede aumentar la probabilidad de agredir a los hijos.

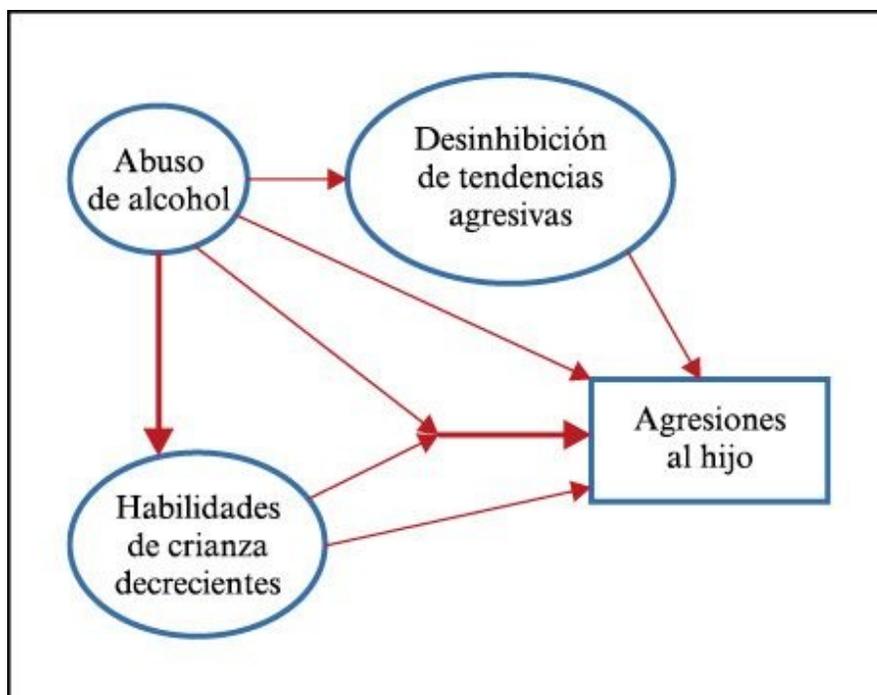


Figura 5.2.—FACCD que ilustra variables causales múltiples, y diferentes mecanismos e influencias a través de los que el abuso de alcohol puede aumentar la probabilidad de agredir al hijo. Obsérvese que tanto el consumo de alcohol como las habilidades de crianza tienen efectos directos e interactivos sobre la agresión, y que las habilidades de crianza median (véase la descripción en el cuadro 5.2) el efecto del consumo de alcohol sobre la agresión.

Veamos otro ejemplo. Los problemas vitales persistentes pueden dar lugar al deterioro del funcionamiento del sistema inmune, incrementando la probabilidad de contraer enfermedades a través de varios mecanismos. El estrés crónico puede conducir a un uso creciente de drogas, a cambios en la dieta, a una reducción de los niveles de linfocitos, a una escasa producción de interferón, a rumiaciones cognitivas y al aumento de otros problemas, tales como conflictos interpersonales o problemas de sueño. De igual forma, el aislamiento social puede aumentar el riesgo de presentar un estado de ánimo deprimido, dado que restringe las potenciales fuentes de refuerzo social, aumenta la probabilidad de rumiaciones negativas, acrecienta la dependencia del refuerzo de algunas personas, mina las redes sociales de apoyo que protegen de los efectos de los acontecimientos negativos, y reduce el nivel de actividad física.

Los efectos nocivos del maltrato infantil también pueden prolongarse hasta la vida adulta a través de múltiples influencias causales. Los abusos sexuales en la infancia pueden influir a largo plazo sobre las expectativas que surgen cuando otros nos prestan atención, o sobre la probabilidad percibida de sufrir daño en

situaciones interpersonales íntimas. Estas experiencias pueden también conducir a respuestas condicionadas de miedo a las situaciones íntimas y a la tendencia a evitar algunas situaciones sociales que se asemejen a la situación de abuso. Un niño puede también llegar a autocatalogarse de forma negativa y a resistirse a los acercamientos positivos de otros. Todos éstos son *mecanismos causales* (es decir, *variables mediadoras*) que explican cómo una historia de abusos sexuales (una variable causal remota) puede producir problemas interpersonales en la vida adulta.

Finalmente, como observamos antes, a veces los mecanismos subyacentes en una relación causal se asumen, pero sin identificarlos de hecho. Por ejemplo, Bentall, Haddock y Slade (1994) propusieron un modelo causal multivariado de las alucinaciones en el que sugerían que es más probable que se den alucinaciones durante períodos de ansiedad o tensión y durante situaciones de privación sensorial o de estímulos auditivos arrítmicos, y que las alucinaciones ocurren cuando un paciente atribuye acontecimientos mentales a fuentes externas. Sin embargo, los procesos cognitivos o neurofisiológicos exactos (es decir, los mecanismos causales cognitivos y neurofisiológicos subyacentes a estas atribuciones erróneas) que explicarían por qué se realizarían estas falsas atribuciones no se han identificado. Así, si su modelo es válido, conoceríamos algunas variables causales que afectan a las alucinaciones, pero no cómo estas variables causales producen su efecto.

5. LAS RELACIONES CAUSALES DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO PUEDEN DIFERIR DE UNA PERSONA A OTRA

Miles de estudios han demostrado no sólo que los problemas de comportamiento son a menudo función de factores causales múltiples, sino también que la combinación particular de factores causales con frecuencia es distinta en diferentes pacientes con el mismo tipo de problema. Las diferencias individuales en los factores causales han sido ilustradas en detalle por muchos autores². Así, Iwata y cols. variaron sistemáticamente estímulos sociales y no sociales mientras observaban su efecto sobre los comportamientos auto-lesivos de 156 pacientes con retraso del desarrollo. Se investigó el papel reforzante de

cuatro clases de contingencias de respuesta: *a*) refuerzo social positivo; *b*) refuerzo social negativo (v.g., escape del contacto cercano con alguien); *c*) escape de tareas o demandas desagradables, y *d*) poder autorreforzante del propio comportamiento (refuerzo «automático»). Aunque todos los pacientes presentaban comportamientos autolesivos similares, aparecieron diferencias individuales significativas en los factores que mantenían dichos comportamientos.

Las diferencias individuales en las variables causales que desencadenan o mantienen el mismo problema de comportamiento probablemente proceden de diferencias individuales en la historia de aprendizaje, de estímulos ambientales actuales, y de predisposiciones biológicas. Por ejemplo, Smith (1994) observó que hay diferencias importantes entre personas en los efectos previstos de la comida y del consumo de alcohol. Los efectos previstos de estos comportamientos (v.g., su asociación con la reducción de tensión, la facilitación social o el aumento de sensaciones de bienestar) reflejan la historia de aprendizaje idiosincrática de un paciente, mediada por predisposiciones biológicas. Estas expectativas aprendidas interactúan con los niveles de vulnerabilidad biológica para influir sobre la probabilidad de desarrollar problemas con el alcohol o la comida.

En ambos ejemplos, comportamientos similares, como los autolesivos y el consumo de sustancias, dependen en distintas personas de factores causales diferentes. Por ello, el diagnóstico, o la identificación del problema, puede ser insuficiente para que el clínico averigüe los factores específicos que lo mantienen. El diagnóstico puede ayudar a detectar el conjunto de variables causales más probables, pero será necesario realizar una evaluación adicional con cada paciente de modo que el análisis funcional pueda reflejar las relaciones causales más importantes en cada caso.

Como hemos observado en los ejemplos anteriores, tener en cuenta las diferencias individuales en la causalidad de un problema es central en el análisis funcional y obliga a que éste siempre sea idiográfico. Si los factores causales fueran los mismos en diferentes personas con el mismo problema, el diagnóstico o la identificación del problema sería suficiente para identificar los factores causales y elegir la mejor estrategia de tratamiento. La investigación anterior es una excelente fuente para que el clínico se informe sobre las posibles variables causales de un determinado problema, pero la meta de la evaluación pretratamiento debe ser la de identificar cuál de esas variables es la más importante en cada caso.

6. NATURALEZA DINÁMICA DE LAS VARIABLES Y RELACIONES CAUSALES

Hemos dicho en los capítulos 1 y 3 que el análisis funcional es dinámico, ya que sus elementos (las variables y relaciones causales y los problemas de comportamiento) pueden cambiar con el tiempo. Esto es, las variables y las relaciones causales, así como los problemas de comportamiento, cambian a lo largo del tiempo y, consecuentemente, el análisis funcional también debe hacerlo. En el capítulo 3 describimos la naturaleza dinámica de los problemas de comportamiento y cómo los cambios en dichos problemas pueden deberse a cambios en las variables que los controlan.

Que el análisis funcional es dinámico es algo que está bien sustentado en centenares de estudios publicados. Otra forma de decir lo mismo es afirmar que las variables y las relaciones causales no son estáticas (Haynes, Blaine y Meyer, 1995). Por ejemplo, Gerald Patterson ha observado que los reforzadores del comportamiento agresivo pueden cambiar a lo largo del tiempo. En los niños más pequeños, la agresión, con frecuencia se mantiene por la adquisición de objetos. En los niños mayores y en los adolescentes, la agresión suele mantenerse por la aprobación social de los compañeros. También las variables causales del consumo de alcohol pueden cambiar con el tiempo. Para los adolescentes, la bebida suele mantenerse por la aprobación y la vinculación sociales. Conforme su uso continúa, la anticipación de los efectos agradables del alcohol se convierte en un factor cada vez más importante. Con un consumo más prolongado y mayor, la variable causal predominante llega a ser la evitación del estado fisiológico insufrible resultante de su no ingesta.

Debemos, pues, tener en cuenta que una determinada relación causal puede ser importante en algunos momentos, pero no en otros. En un estudio de Gottman y Krokoff (1989), el número de interacciones negativas entre los esposos claramente se relacionaba con la intensidad del malestar conyugal cuando ambas variables se evaluaban al mismo tiempo. Por el contrario, cuando el malestar conyugal se evaluaba después, el número de interacciones negativas entre los esposos claramente se relacionaba con la reducción del malestar conyugal.

Este último hallazgo pone otra vez de manifiesto la importancia de tener en cuenta la especificidad y el marco temporal de los comportamientos-meta en el

análisis funcional. ¿Cuál es la meta del análisis funcional? Su meta final, ¿es explicar el malestar de la pareja?, ¿o identificar factores que puedan servir para aumentar su felicidad futura? Algunas de las variables causales que influyen en estos dos resultados se solaparán, pero otras serán diferentes.

Como indicamos en el capítulo anterior, la intensidad y dirección del efecto de una variable causal pueden variar con el tiempo. Por ejemplo, varios estudios han observado que un mismo problema físico o psicosocial puede tener efectos tanto beneficiosos como perjudiciales en la salud física y psicológica. La dirección del efecto (si es beneficioso o perjudicial) puede depender en parte de la duración del problema³. Es probable que los problemas de corta duración puedan producir algunas ventajas (v.g., resistencia creciente a las dificultades futuras), cosa que no suele ocurrir en los casos crónicos, en los que, más bien, sucede lo contrario, que aumentan la sensibilidad ante los problemas futuros⁴. Las relaciones funcionales de muchas variables causales con el comportamiento tienen forma de U, o de U invertida (\cap). Así ocurre, por ejemplo, con la ingesta de cloruro de sodio, las atribuciones internas o externas, el reforzamiento positivo por parte de otros, la cantidad de alcohol, la duración del ejercicio y la intensidad de un acontecimiento estresante (véase la figura 5.1).

Hay varias razones por las que las relaciones causales pueden variar a través del tiempo. Primero, la exposición repetida a la variable causal puede modificar sus efectos. Dependiendo de la variable causal de que se trate y de otros factores, la exposición repetida puede llegar a producir habituación (reducción en la magnitud de los efectos causales), sensibilización (aumento en la magnitud de los efectos causales), o cambio de la forma de la relación (por ejemplo, de lineal a no lineal).

Los cambios en las relaciones causales también pueden provenir de cambios en las variables mediadoras. Por ejemplo, los cambios en los efectos fisiológicos del alcohol, o de las expectativas al consumirlo (por ejemplo, produciendo reacciones aversivas al alcohol mediante la administración de disulfiram) pueden cambiar la probabilidad de que se beba alcohol en respuesta a un problema (Smith, 1994).

Los cambios en las relaciones causales del problema de un paciente también pueden darse debido a la variabilidad natural, y a menudo imprevisible, de la ocurrencia y la forma de las variables causales. Como observó Bandura (1982), muchas variables causales importantes pueden ocurrir o terminar por azar o en

función del repertorio de comportamientos de la persona. Así, un encuentro azaroso con un conductor borracho, problemas de salud inesperados, una nueva creencia o meta en la vida derivada de leer un libro o de asistir a una conferencia, un nuevo problema laboral de la esposa, una nueva amistad, o sentarse en clase al lado de un niño agresivo puede afectar muchos aspectos de la vida de una persona.

La fuerza de la relación causal del problema de un paciente también es probable que cambie con el tiempo. Por ejemplo, la paciente de la figura 1.1 (véase capítulo 1), que experimentaba estado de ánimo deprimido en función de numerosas variables causales, podría adquirir nuevas habilidades de crianza hablando con otros padres, sus problemas económicos podrían aumentar o disminuir con nuevas ofertas laborales, o los conflictos matrimoniales podrían intensificarse o disminuir. Las fluctuaciones naturales en la vida personal, la ocurrencia azarosa de variables causales importantes, la variabilidad en la actuación de variables moderadoras, o la intervención clínica, pueden reducir la influencia de algunas variables causales y aumentar la de otras.

La naturaleza dinámica del análisis funcional pone de manifiesto la importancia de la evaluación.

El clínico debe aceptar que la validez del análisis funcional de un paciente es temporal. Es probable que, con el tiempo, haya que cambiar el análisis funcional, no sólo porque las variables causales cambian, sino también porque el clínico recoge datos adicionales sobre los problemas del paciente, sus metas de tratamiento y las variables que los afectan.

7. RELACIONES NO LINEALES

Las relaciones funcionales con forma de U, o de U invertida (\cap), discutidas en la sección anterior son un subconjunto de las *relaciones causales no lineales*. Muchas variables cambian de una manera no lineal a través del tiempo. De igual forma, las relaciones causales también pueden ser no lineales.

El concepto de ausencia de linealidad de una relación funcional es relativamente simple: dos variables tienen una relación no lineal cuando las unidades de cambio de una variable, en función de unidades de cambio de la otra variable, varían a través de los valores de cualquiera de ellas. En estos casos, puede decirse que el cambio en una de las variables tiene una magnitud distinta

según sea el valor de la otra variable.

Por ejemplo, un cierto aumento en la frecuencia de problemas cotidianos puede tener poco impacto en los episodios de pánico de un paciente, cuando dichos problemas se dan con muy baja frecuencia (o intensidad). Sin embargo, cuando esos problemas cotidianos se dan con una alta frecuencia (o intensidad), exactamente el mismo aumento (por ejemplo, un único problema más) puede tener un efecto importante sobre sus episodios de pánico. En este ejemplo, la relación funcional entre los factores estresantes cotidianos y el problema de comportamiento se asemejaría a la función de la «discontinuidad simple» de la figura 5.3. El impacto de los factores estresantes en el problema del paciente únicamente aumentaría cuando la frecuencia (o intensidad) de dichos factores alcanzaran un nivel crítico. En la actualidad existen modelos causales de relaciones no lineales para muchos trastornos del comportamiento, tales como la bulimia, el abuso de alcohol, los síntomas esquizofrénicos, los problemas obsesivos, y el trastorno de estrés postraumático⁵. Varias relaciones funcionales no lineales, con ejemplos, se ilustran en la figura 5.3. Los efectos de la interacción social positiva sobre el humor de una persona se pueden representar mediante una meseta funcional. Es decir, las fluctuaciones cotidianas típicas de las interacciones sociales (positivas y negativas) podrían tener muy poco efecto sobre el humor de una persona. Sin embargo, los períodos en los que los intercambios positivos o negativos son o muy bajos o muy altos podrían tener un efecto mucho mayor.

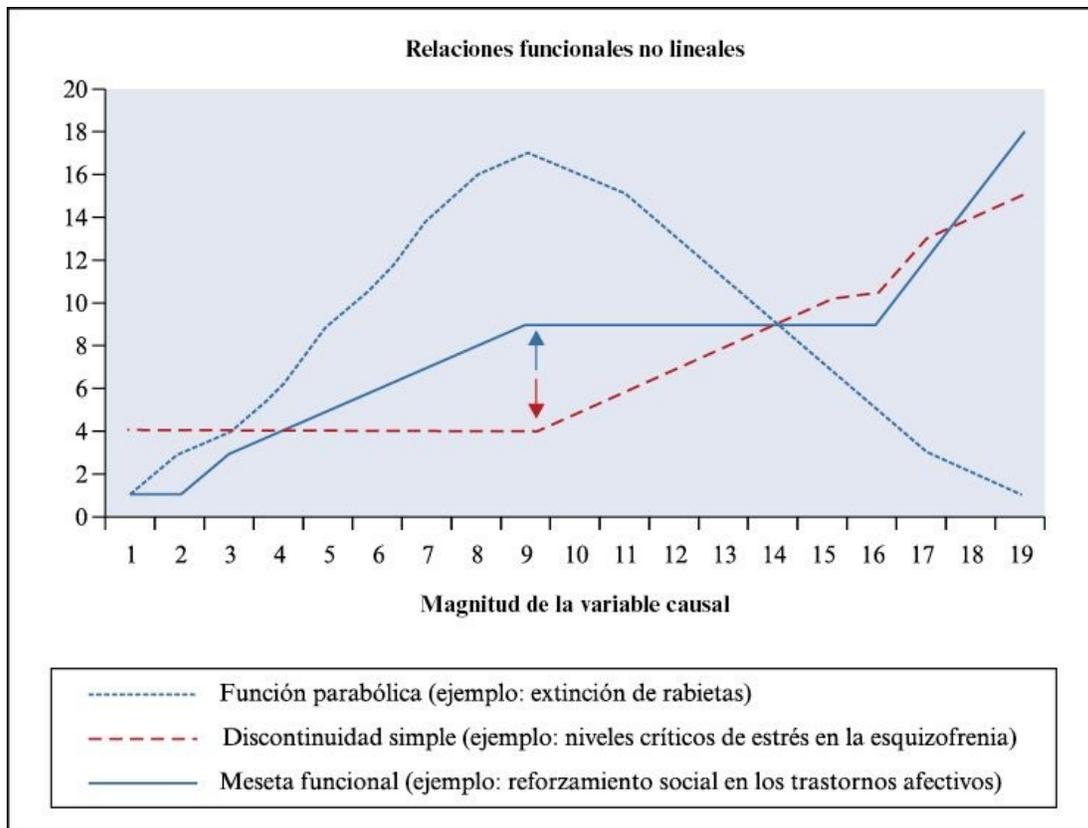


Figura 5.3.—Tres relaciones funcionales no lineales entre la magnitud de una variable causal (su frecuencia, intensidad, duración) y la magnitud de un problema de comportamiento (tomado de Haynes, 1992; Haynes et al., 1993; Haynes y O'Brien, 2000; Haynes y Williams, 2003).

Los modelos de propensión al estrés de la esquizofrenia y de otros problemas de comportamiento (Mirksy y Duncan, 1986; para un ejemplo de estos modelos aplicados al suicidio y a los trastornos bipolares, véase Grunebaum et al., 2006) también incluyen relaciones causales discontinuas (ilustradas en la figura 5.3 como discontinuidad simple). Es decir, en algunas personas, las dificultades ambientales tienen poco o ningún efecto en sus síntomas psicóticos (o de otro tipo) hasta que alcanzan un cierto nivel crítico, a partir del cual la magnitud del efecto aumenta drásticamente. De acuerdo con el principio de las diferencias individuales en causalidad, el nivel crítico puede variar de persona a persona, probablemente en función de sus experiencias tempranas de aprendizaje, o de predisposiciones biológicas.

Los efectos de la medicación psicótropa también son a menudo no lineales (Lickey y Gordon, 1983). Algunos medicamentos apenas si producen efectos hasta que no se administran en una dosis determinada (o hasta que no se lleva un cierto

tiempo tomándolos). Otros medicamentos o drogas pueden tener efectos opuestos cuando se toman a bajas y a altas dosis. También se han observado efectos hiperbólicos en la ingestión de alcohol étílico sobre el estado de ánimo y el comportamiento (Marlatt, 1985): pequeñas cantidades suelen mejorar el estado de ánimo, en tanto que cantidades más grandes suelen deprimirlo.

Como observamos antes, las *mesetas funcionales* (figura 5.3) son otra forma de relaciones causales discontinuas no lineales. Las mesetas funcionales, y otras funciones causales no lineales, concuerdan con la idea de que las relaciones causales con frecuencia son condicionales y pueden variar según la intensidad de la variable causal. Como ocurría en el ejemplo anterior, de relación entre el estado de ánimo y el refuerzo social, las relaciones causales que presentan mesetas funcionales se caracterizan porque los valores medios de la variable se asocian a pequeñas variaciones en el problema de comportamiento, en tanto que los valores más extremos (altos o bajos) producen mayores variaciones. Buenos ejemplos de relaciones funcionales en meseta entre los problemas de comportamiento y una variable causal son los cambios en la presión arterial, el estado de ánimo, los problemas de sueño, la adherencia a la medicación, los comportamientos obsesivos o la regulación de la ingesta en función de la frecuencia o intensidad de los estresores. Para algunas personas, los valores medios en la frecuencia o intensidad de los problemas que les sobrevienen afectan poco su comportamiento. Sin embargo, dicho comportamiento puede cambiar mucho con intensidades bajas o altas de esas mismas dificultades. Es decir, una variable puede tener una relación causal mínima con un problema de comportamiento dentro en un cierto rango de valores y exhibir efectos causales importantes con valores por encima o por debajo de dicho rango.

¿Cuáles son las implicaciones de las relaciones funcionales no lineales para la evaluación clínica y para el análisis funcional? Primero, los aspectos no lineales de las relaciones causales, junto con su naturaleza dinámica e idiográfica, destacan la importancia de la evaluación para mantener la validez y la utilidad del análisis funcional. En evaluación clínica, con frecuencia resulta necesario prestar atención no sólo al *estado* de un problema en un momento determinado (esto es, sacar una especie de «instantánea» del mismo), sino también a su evolución o *fase* (el valor de una variable en el contexto de los períodos anteriores). Esto obliga a realizar evaluaciones (tomar «instantáneas») repetidas. Como expondremos en los capítulos 8 y 9, métodos de evaluación tales como los autorregistros, la observación, los cuestionarios y las medidas psicofisiológicas

son particularmente apropiados para realizar una evaluación repetida en el tiempo.

Para algunos pacientes, las relaciones causales del análisis funcional pueden ser clínicamente más útiles si reflejan su naturaleza no lineal. Por ejemplo, una variable causal como «problemas laborales difíciles» o «aumento inusual de los problemas laborales» puede ser más informativa que «problemas laborales», porque sugiere que el paciente generalmente afronta bien los problemas laborales, pero tiene dificultades cuando su nivel o número llega a ser excepcional.

8. ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE VARIABLES CAUSALES MÁS ÚTILES EN ANÁLISIS FUNCIONAL?

El análisis funcional, debido a que enfatiza las relaciones funcionales y puede desarrollarse a diversos niveles de especificidad, puede incluir distintos tipos de variables causales y diferentes modos de respuesta. Las variables causales en el análisis funcional pueden ser: *a)* acontecimientos ambientales específicos, estímulos antecedentes, sucesos del contexto o estímulos discriminativos, tales como acontecimientos traumáticos o estar en la proximidad de individuos particulares; *b)* factores cognitivos, tales como creencias, expectativas, autoafirmaciones, atención o metacogniciones; *c)* estados emocionales, como la cólera; *d)* situaciones contextuales, tales como estar bajo medicación, en estado de intoxicación, o la historia reciente de interacción social; *e)* contingencias de respuesta, como las funciones de evitación y escape, o el refuerzo positivo y negativo; *f)* factores sistémicos; por ejemplo, entrenamiento o comunicación entre miembros del personal; *g)* factores genéticos; *h)* historia de aprendizaje temprano; *i)* factores neurofisiológicos, tales como producción o absorción de dopamina o serotonina; *j)* daños o debilidades, como las limitaciones cognitivas, neuropsicológicas, neurofisiológicas o físicas, y *k)* respuestas condicionadas, tales como respuestas de miedo a los estímulos relacionados con el trauma.

En el análisis funcional, y de cara a aumentar su utilidad clínica, hay varios principios que deben guiar la selección y descripción de las variables causales, con independencia del tipo que sean:

1. *Especificidad de las variables causales.* Toda variable causal debe ser definida con precisión. Esto significa que los constructos definidos con vaguedad,

tales como «frustración» o «estrés», son inadecuados para el análisis funcional porque resultan poco informativos sobre la naturaleza y las características de la variable causal. A veces, para aumentar la parsimonia y la utilidad clínica de un análisis funcional, es necesario incluir variables agregadas de alto nivel, tales como «contingencias de respuesta inadecuadas». En tales casos, los elementos de la variable causal se pueden definir en otras partes del análisis funcional o del FACCD. Por ejemplo: «Contingencias de respuesta inadecuadas: recompensa asistemática del comportamiento positivo, excesivo uso de “tiempo-fuera”, inconstancia en las recompensas y los castigos prometidos, retraso en las contingencias de los comportamientos positivos y negativos». Adviértase que incluir todas estas variables entorpecería el análisis funcional y disminuiría su utilidad clínica. Sin embargo, la indefinición de las variables de alto nivel también dificulta que el terapeuta sepa dónde enfocar la intervención.

2. *Variables causales no circulares.* Las variables causales no deben incluir elementos del problema a explicar. Por ejemplo, la «depresión» no sirve como variable causal de la «irritabilidad» o los «problemas de sueño», ya que éstos son parte del constructo «depresión». «Trastorno límite de la personalidad» no sirve como variable causal de los comportamientos autolesivos, ya que estos comportamientos contribuyen a que se dé dicho diagnóstico.

3. *Variables causales mensurables.* Muy unida a la idea de «especificidad» de la variable causal y de acercamiento científico a la formulación de casos clínicos va la necesidad de realizar una medición exacta. Variables tales como «tensión», «negación», «frustración» y «activación fisiológica» son constructos poco específicos y poco susceptibles de una medición exacta, a menos que se definan operacionalmente con precisión.

4. *Variables causales actuales.* Dado que el análisis funcional se centra en variables clínicamente útiles (las que explican el inicio, la magnitud o la duración del problema del paciente), las variables actuales (presentes y próximas) tienen a menudo una mayor utilidad clínica que las variables causales históricas (pasadas o remotas). Las variables causales históricas, tales como deprivaciones o abusos en la niñez, lesión cerebral, lesiones perinatales, divorcio, traumas, enfermedades o experiencias pasadas, son importantes para comprender por qué el paciente experimenta el problema, pero son poco útiles para comprender la variabilidad

diaria en la ocurrencia, intensidad y duración del mismo. No obstante, no debe olvidarse que el análisis funcional también tiene en cuenta las secuelas actuales de dichos acontecimientos, como por ejemplo pensamientos sobre el trauma, comportamientos interpersonales resultantes de experiencias infantiles, etc. (véase el cuadro 5.2).

CUADRO 5.2
Variables moderadoras y mediadoras

Dos clases importantes de variables causales en el análisis funcional son las variables moderadoras y las variables mediadoras.

Una *variable moderadora* es aquella que afecta la relación entre otras variables. En la figura 2.10 (capítulo 2) aparece un ejemplo de variable moderadora (la variable X_5). Por ejemplo, para algunas personas el «apoyo social» puede moderar los efectos del divorcio sobre el estado de ánimo deprimido. Es decir, el nivel o el tipo de apoyo social a veces modula el grado en el que una persona experimenta estado de ánimo deprimido después del divorcio. También, para algunas personas, el condicionamiento aerobio⁶ modula los efectos de una dificultad ambiental sobre los problemas de sueño. Las variables moderadoras son componentes especialmente importantes del análisis funcional cuando las variables causales originales quedan lejos en el tiempo y resultan inmodificables, tales como traumas infantiles, violación o lesión cerebral.

Una *variable mediadora* se parece a un mecanismo causal (véase el capítulo 4 y el apartado sobre causalidad multivariada y mecanismos causales en el presente capítulo). Este tipo de variables explica la relación entre otras dos variables. Una variable mediadora es el medio o vía a través del que se da un efecto causal. Ejemplos de variables mediadoras aparecen en la figura 2.10 del capítulo 2, variables X_2 y X_3 , y en las figuras 5.1 y 5.2 del presente capítulo. Por ejemplo, las vías por las cuales los conflictos matrimoniales afectan el comportamiento agresivo o negativista del niño pueden ser: *a*) interferencia de la capacidad del padre para supervisar la conducta del hijo; *b*) la interrupción de las contingencias normales de la respuesta producida por uno de los padres; *c*) el modelamiento por los padres del comportamiento conflictivo; *d*) un aumento de los intercambios negativos entre padres e hijo; *e*) una reducción del apoyo o refuerzo proporcionado al niño por sus comportamientos apropiados, y *f*) un aumento de los estímulos aversivos proporcionados por los hermanos.

Las variables mediadoras son componentes importantes del análisis funcional porque pueden indicar estrategias de intervención útiles. Las intervenciones que modifican las variables mediadoras, incluso si no atienden a la variable causal original, pueden servir para reducir un problema de comportamiento y para mejorar la calidad de vida.

9. ÉNFASIS EN LAS RELACIONES CAUSALES ACTUALES

Las variables causales pueden diferir en sus relaciones temporales con un problema de comportamiento. Algunas variables causales antecedentes y consecuentes son contiguas y próximas (ocurren inmediatamente antes del problema). Otras no son contiguas, sino más o menos lejanas o remotas (ocurren

horas, meses o años antes que el problema).

Las variables causales que ocurren en muy distintos momentos pueden ser importantes en el análisis funcional porque pueden explicar una proporción significativa de la variación del problema de una persona. La importancia de las experiencias de aprendizaje tempranas para el desarrollo de algunos problemas está bien documentada. Así, muchos problemas proceden de experiencias de aprendizaje que han durado años, o que ocurrieron hace muchos años. Además, centrarse en variables causales históricas puede ayudar a identificar los patrones, el curso temporal y las situaciones que aumentan la probabilidad de que se manifieste el problema. Centrarse en el curso temporal de las dificultades y de sus relaciones causales puede ser particularmente útil cuando la frecuencia de ocurrencia de los problemas es la principal dimensión de interés. Tal información puede ayudar al clínico a detectar factores o situaciones desencadenantes y a identificar métodos para reducir sus efectos.

Sin minimizar la importancia de las variables causales remotas, un postulado importante subyacente al análisis funcional y al paradigma de la evaluación conductual es que resulta clínicamente más útil explicar los problemas actuales de un paciente y lograr sus metas de tratamiento examinando las interacciones entre el comportamiento y las variables ambientales, cognoscitivas, y fisiológicas actuales. Por ejemplo, muchos estudios han demostrado que la variación de bastantes problemas de comportamiento puede explicarse en gran medida por la variación de las contingencias de respuesta asociadas a los mismos. De acuerdo con un modelo natural de selección del cambio, lo que sucede después del comportamiento (como el escape de una situación aversiva, un refuerzo positivo o negativo, o un castigo) afecta a la probabilidad futura y a otras dimensiones de ese comportamiento. De igual forma, muchos problemas se han asociado a creencias, expectativas o pensamientos específicos o a estados fisiológicos antecedentes o consecuentes (como fatiga, intoxicación o alivio de estados fisiológicos aversivos).

Los acontecimientos actuales pueden ayudar a explicar tanto las diferencias en los problemas entre personas distintas como las diferencias intrapersona, esto es, en una misma persona de una situación a otra o de un momento a otro. Sin embargo, en la evaluación clínica y en la formulación de casos, los acontecimientos actuales suelen ser mejores explicando las variaciones intrapersona.

Es cierto que los acontecimientos actuales pueden ayudar a explicar por qué

alguna gente y no otra perpetran violencia doméstica, o experimentan episodios prolongados de pensamientos obsesivos (variación entre personas). Sin embargo, suelen ser más útiles para explicar por qué la probabilidad, tasa, duración o severidad de la ansiedad social de un paciente varía según el momento o la situación (variación intrapersona).

Las contingencias sociales, el contexto en el que ocurre y los acontecimientos antecedentes pueden tener fuertes efectos en el comportamiento agresivo, la violencia con la pareja, las recaídas en los pacientes que viven en la comunidad, los problemas alimentarios, los comportamientos delincuentes y antisociales, la ansiedad social y los déficits de habilidades sociales. Por ejemplo, la forma en que los padres interaccionan con un hijo mayor que ha salido recientemente de un hospital psiquiátrico puede influir sobre la capacidad del hijo para lidiar con sus síntomas psicóticos (Cutting, Aakre y Docherty, 2006). Las interacciones hostiles, negativas o críticas con el hijo aumentan la probabilidad de que sus síntomas recurran y se consoliden.

Pongamos otros ejemplos. Suele ser más probable que un niño se autolesione cuando se encuentra en una situación que implica tareas exigentes; es más probable que una persona experimente ataques de pánico cuando se encuentra en situaciones sociales desconocidas. Mumma (2004; Mumma y Mooney, 2007), usando un diseño de series temporales (tomando medidas diarias de los pensamientos y del estado de ánimo), ha demostrado cómo ciertos pensamientos pueden afectar rápidamente el estado de ánimo de una persona.

El análisis funcional de una paciente con problemas anoréxicos ejemplifica el papel diferencial de los factores causales remotos y actuales. La mayoría de los modelos causales de la anorexia proponen una larga historia de influencias culturales de los amigos y la familia. Estos modelos causales también destacan la importancia del aprendizaje temprano de ciertos comportamientos (v.g., semejantes a los obsesivo-compulsivos) y de las interacciones entre factores ambientales y predisposición biológica⁷. Aunque reconociendo la importancia de estos factores remotos, la evaluación de un paciente con un trastorno alimentario será clínicamente más útil si se centra en los pensamientos actuales del paciente sobre la comida, el peso corporal y las distorsiones sobre la imagen corporal ideal; sus manías, aversiones y comportamiento de evitación de muchos alimentos; su dieta; factores ambientales restrictivos asociados a la comida; sus patrones de interacción familiar relacionados con la comida y el tamaño corporal,

y en sus expectativas sobre los resultados de aumentar la comida y el peso (véase Allison, 1995).

Centrarse en factores causales actuales es especialmente importante en los casos avanzados de anorexia nerviosa, ya que los pacientes con frecuencia están subalimentados y con problemas de salud. Después de la estabilización de la aportación calórica y del peso en niveles más sanos, la evaluación siguiente puede explorar las relaciones funcionales actuales subyacentes al estado de ánimo deprimido (que puede también ser una consecuencia de la desnutrición) y a otros comportamientos, tales como los obsesivos y compulsivos.

Las actitudes y pensamientos paranoicos también se aprenden, probablemente a una edad temprana (Haynes, 1986). Por ejemplo, la tendencia a ver acontecimientos ambiguos como autorreferidos y como amenazas, y a ver con suspicacia las motivaciones de otros, se pueden aprender de los padres. Éstos pueden enseñar al hijo a no confiar en los demás, a atribuir significados ocultos al comportamiento de otras personas, o a pensar que el comportamiento de otros se encuentra referido a algo del propio niño. Puede también haber predisposiciones biológicas en las atribuciones paranoicas. Sin embargo, a pesar de la importancia explicativa de las experiencias tempranas padres-hijo, éstas son difíciles de evaluar y de atacar durante el tratamiento. Así, puede ser más eficaz centrar los esfuerzos de la evaluación y del análisis funcional en las variables causales actuales de las acciones y pensamientos paranoicos. Por ejemplo, el aislamiento social puede reducir la capacidad de la persona para corregir sus pensamientos; el déficit de habilidades sociales puede contribuir al aislamiento social y al surgimiento de problemas interpersonales, y la atención selectiva, los pensamientos automáticos negativos o la sensibilidad a los estímulos sociales ambiguos pueden aumentar la probabilidad de interpretar los acontecimientos de forma paranoica.

Nuestro objetivo no es minusvalorar la importancia de las variables causales remotas, como las experiencias de aprendizaje temprano o los procesos neurofisiológicos, sino recordar al clínico que los problemas del paciente también pueden depender en gran medida de las interacciones actuales entre el comportamiento y el entorno⁸. Por supuesto que con frecuencia pretendemos comprender los orígenes y determinantes históricos de los problemas, ya que éstos pueden ser particularmente útiles en la prevención de su recurrencia futura y en la reducción de su incidencia en la población. Pero es más probable que el

análisis funcional sea clínicamente útil si atiende a cuestiones actuales como, por ejemplo, «bajo qué condiciones es más probable que el paciente tenga problemas al dormir, experimente sentimientos depresivos, se sienta ansioso, sea reforzado por un comportamiento inadecuado, o le pegue al compañero de clase».

En la clínica a menudo se nos presentan pacientes que han estado experimentando un problema durante mucho tiempo. La gente raramente busca tratamiento justo tras el inicio o en fases tempranas del problema. Es más probable que se busque tratamiento tras un largo período de dificultades en la relación, de depresión, de dolores de cabeza, de ansiedad, de consumo de sustancias o de incapacidad para educar a un hijo cabezota. Así, con frecuencia nos centramos en identificar las variables que están manteniendo esos problemas, más que en las variables importantes en su inicio. Nuestro análisis funcional podría centrarse en las preguntas: «¿por qué nuestro paciente está todavía deprimido dos años después de un divorcio difícil?» o «¿qué está sucediendo en casa para que se mantenga el comportamiento negativista y agresivo del hijo hacia sus padres?».

Aunque nos hemos centrado en las interacciones actuales entre el comportamiento y el ambiente, el análisis funcional también incluye las respuestas cognitivas (como expectativas de ciertos resultados, o pensamientos autoevaluativos), emocionales y fisiológicas actuales que mantienen el problema. Así, es importante buscar influencias diferenciales de factores ambientales, de contingencias de respuesta y de factores cognitivos, afectivos, y fisiológicos. Estos factores deben recibir una atención especial cuando la probabilidad de que se dé el problema difiere de una situación a otra. Como diremos en el capítulo 8, la observación del comportamiento en el ambiente natural, los autorregistros y los biosensores ambulatorios son métodos de evaluación especialmente adecuados para identificar interacciones actuales entre el comportamiento y el ambiente, así como las variables cognitivas, afectivas y fisiológicas concurrentes que puedan estar influyendo en el problema de una persona.

CUADRO 5.3

El clínico como científico del comportamiento

Es evidente a estas alturas que el clínico debe ser un buen científico del comportamiento para poder realizar una evaluación competente y construir un análisis funcional válido. Esto es, el clínico debe estar bien informado sobre las estrategias de investigación y de evaluación relacionadas con los problemas del paciente y sus variables causales. Para construir un análisis funcional válido y clínicamente útil de un niño

agresivo, por ejemplo, el clínico debe conocer la investigación que indica que es especialmente probable que el comportamiento agresivo de las personas con fuerte retraso del desarrollo se dé en las situaciones que implican demandas desagradables, que el comportamiento agresivo puede servir para escapar de esas demandas, que los comportamientos agresivos suelen mantenerse mediante recompensas sociales tangibles, y que la agresión resulta más probable cuando los padres u otros no han sabido o podido reforzar formas alternativas, no agresivas, de interaccionar y comunicarse (véase Patterson, 2002).

10. CAUSALIDAD AMBIENTAL ACTUAL Y CAUSACIÓN BIDIRECCIONAL

Otro elemento importante de los modelos causales de los trastornos del comportamiento es la causalidad bidireccional (dos variables que se influyen mutuamente)⁹. El concepto de causalidad bidireccional sugiere que un paciente puede actuar de manera que influye sobre su ambiente que, a su vez, influye sobre su comportamiento. Por ejemplo, los comportamientos depresivos de un paciente, tales como contactos sociales reducidos o interacciones positivas escasas, un discurso enlentecido, o un ánimo decaído, con el tiempo pueden conducir a que la familia y los amigos del paciente se retraigan y lo eviten. A su vez, estos comportamientos de evitación pueden aumentar el aislamiento social del paciente, incrementando su estado de ánimo y sus comportamientos depresivos, que pueden conducir a un círculo vicioso de más retraimiento y más comportamientos deprimidos.

De igual forma, una persona que manifiesta comportamientos paranoicos (como reacciones suspicaces, retraimiento social, interpretaciones sui géneris de lo que los demás hacen y dicen, o interpretación selectiva de estímulos ambiguos) puede parecer «extraña» e influir de modo adverso sobre los demás. Sus comportamientos paranoicos pueden hacer que los demás hagan comentarios subrepticios sobre ella, le echen vistazos rápidos y sospechosos y la eviten (lo que aumentará aún más su suspicacia). De este modo, el comportamiento del paranoico produce en otros los comportamientos esperados, que a su vez exacerbaban sus pensamientos y comportamientos paranoicos.

Las relaciones causales bidireccionales son importantes en el análisis funcional porque señalan dos puntos de intervención. Si los conflictos de pareja y el estado de ánimo deprimido mantienen una relación causal bidireccional en un paciente, la intervención con cualquiera de ellos puede ser beneficiosa para ambos, dependiendo de la fuerza relativa de las relaciones en ambas direcciones

(por ejemplo, la influencia de los conflictos de pareja sobre el estado de ánimo deprimido puede ser más fuerte que la influencia del estado de ánimo deprimido sobre los conflictos de pareja).

La existencia de causalidad bidireccional hace difícil distinguir el «problema de comportamiento» de la «variable causal» en el análisis funcional. En este caso, cualquiera de estas variables, o ambas, se pueden considerar como problema de comportamiento o como variable causal. Ambas tienen características causales y ambas son problemas de comportamiento. Qué variable se etiqueta como «problema» y cuál como «causa» dependerá de las preferencias del paciente y del clínico, de la importancia relativa de cada una y de sobre cuál de ellas se piensa intervenir.

Como han observado Haynes y O'Brien (2000), el concepto de causalidad bidireccional favorece que nos centremos de forma constructiva en las habilidades positivas del comportamiento del paciente, en su autoeficacia y en su responsabilidad en el tratamiento. Así, se presta atención a la forma en que los pensamientos y acciones pueden estar influyendo sobre los problemas de comportamiento, y lo que el paciente puede hacer para lograr las metas de intervención y para mantener los cambios a lo largo del tiempo.

Tal como se hace en el análisis de tareas, y basándose en el supuesto de que los problemas son una parte del repertorio de comportamientos del paciente, el clínico intenta identificar los déficits y las nuevas habilidades que influyen sobre los problemas y las metas de tratamiento y que resultan necesarios para lograr un resultado positivo. Por ejemplo, dentro del contexto de causalidad bidireccional, el análisis funcional de un paciente con ansiedad y retraimiento sociales puede centrarse sobre sus actitudes, creencias, expectativas y acciones específicas en situaciones sociales que dificultan que el paciente forme amistades o que interaccione con ellas de forma agradable.

11. LOS ACONTECIMIENTOS AMBIENTALES, SITUACIONALES Y DEL CONTEXTO Y LOS FACTORES SISTÉMICOS COMO VARIABLES CAUSALES

Como dijimos en el capítulo 3, partimos de la premisa de que los problemas de comportamiento con frecuencia son condicionales (la probabilidad, la

magnitud o la duración de un problema varía según las situaciones, las circunstancias, y en función de estímulos discriminativos y elicidores puntuales). La naturaleza condicional de los problemas tiene implicaciones importantes para identificar su causalidad. Los contextos y los estímulos elicidores que se asocian a un problema sirven como marcadores de la actuación diferencial de las variables causales. Por ejemplo, el hecho de que sea más probable que se den comportamientos autolesivos, conflictos matrimoniales, ansiedad social, pesadillas, o un estado de ánimo deprimido en algunas situaciones que en otras sugiere que algunas de las variables causales de esos problemas varían de una situación a otra. El que los problemas ocurran con más o menos frecuencia (o intensidad, duración, etc.) en una u otra situación debe alertar al clínico de que, probablemente, también existen diferencias causales en dichas situaciones.

El énfasis en factores antecedentes, situacionales y contextuales no contradice la posibilidad de que ciertos comportamientos, en algunas personas, tiendan a ocurrir en todo tipo de situaciones.

El grado de consistencia transituacional de un problema puede variar según el comportamiento, el individuo y el contexto. Así, algunas personas manifiestan delirios paranoicos o ansiedad social en la mayoría de las situaciones sociales, en tanto que otras presentan delirios o ansiedad sólo en algunas.

Este modelo interactivo persona-situación, común en las teorías de la personalidad, sugiere que logramos una mejor comprensión del comportamiento de un paciente y de la causa de sus problemas, si sabemos algo sobre sus disposiciones, algo sobre las situaciones en que dichas disposiciones se convierten en actos, y algo sobre el contexto en que vive.

Contexto

El concepto de «contexto» (es decir, circunstancias, situación, historia reciente, y condiciones presentes en que se encuentra una persona) concuerda con la idea que acabamos de exponer de que hay factores circunstanciales que producen cambios en los problemas de comportamiento. El contexto, pues, se refiere a las condiciones del estímulo en el momento y circunstancia particulares en que ocurre la respuesta. El contexto puede referirse a toda una gama de condiciones y estímulos, desde situaciones complejas sociales y ambientales

(como reuniones sociales grandes, o conversaciones íntimas), a la historia de refuerzo reciente, o al estado de la persona (como tener hambre, estar enojado o intoxicado, o vivir en un ambiente con pocas recompensas sociales). El contexto influye sobre el comportamiento o lo favorece cuando hay una historia de aprendizaje asociada al mismo. Por ello, cada contexto conlleva estímulos discriminativos y consecuentes únicos y afecta de forma diferente a cada persona.

El contexto puede ser un factor causal importante en muchos pacientes. Por ejemplo, el comportamiento delirante o autolesivo de un paciente psiquiátrico es más probable que ocurra cuando se está considerando darlo de alta en el hospital y el paciente anticipa su vuelta a un hogar fuertemente conflictivo. La violencia doméstica puede ser más probable después de períodos de ingesta de alcohol. El dolor crónico se puede exacerbar con un estado de ánimo deprimido. Las respuestas ante estresores se pueden incrementar en períodos de privación de sueño. El comportamiento agresivo en una unidad psiquiátrica puede ser más probable cuando un paciente lleva un cierto tiempo sin recibir atención del personal, etc.

12. ATENCIÓN A LOS FACTORES SOCIALES SISTÉMICOS EN ANÁLISIS FUNCIONAL

Como observamos antes, a pesar de la importancia de las variables causales contiguas, las variables no contiguas son con frecuencia elementos importantes del análisis funcional. En particular, un tipo de variable causal no contigua, el sistema social en general, puede ser particularmente importante en algunos pacientes. Hemos recalcado en varias ocasiones cómo muchas variables causales residen en el comportamiento de los demás. Es decir, cómo padres, miembros del personal, profesores, esposo o amigos responden a los comportamientos positivos o negativos del paciente, y cómo el contexto proporcionado por estas personas puede afectar fuertemente su comportamiento. Por ello, las variables que afectan el comportamiento de esas personas también pueden ser importantes. Los acontecimientos que interrumpen sus comportamientos positivos o aumentan sus comportamientos negativos pueden ser componentes importantes de un análisis funcional. A veces, no es posible explicar adecuadamente la variación en los problemas de un paciente y desarrollar un análisis funcional válido y una intervención eficaz a menos que se consideren los factores sociales generales en

los que se enmarca el problema de comportamiento.

Considérese el caso de un niño de siete años al que su madre trae a consulta por presentar múltiples y persistentes comportamientos de rebeldía, agresivos y de terquedad. Supongamos que la evaluación revela déficits en las habilidades de crianza de la madre (altos índices de refuerzo de los comportamientos negativos, contingencias negativas asistemáticas de los mismos, baja tasa de interacciones positivas y de expresiones de mimo y cariño, etc.).

La identificación de estas contingencias inmediatas e importantes, ¿es suficiente para un análisis funcional? ¿Podemos planificar una intervención basada únicamente en estas relaciones funcionales actuales? Hay datos de múltiples fuentes que confirman que, con el programa apropiado de manejo de contingencias, probablemente se pueda aumentar sus comportamientos positivos y disminuir los negativos, así como mejorar la calidad de la relación padres-hijo.

¿Cabría esperar efectos rápidos, positivos y duraderos, de un programa de entrenamiento en aplicación de contingencias centrado solamente en la interacción madre-hijo? La mejor respuesta es: depende. La probabilidad de una intervención eficaz depende de las relaciones funcionales del comportamiento de la madre¹⁰. Si la madre está haciendo frente a sus propias dificultades personales, comenzar un programa de entrenamiento en administración de contingencias será poco eficaz, ya que es probable que no venga a las sesiones, que no lleve a cabo las tareas que se le encomiendan, que no practique las nuevas habilidades en casa, que no mantenga las habilidades recién adquiridas y, en cualquier caso, que no las utilice de una manera consistente y sistemática.

En algunos casos, las decisiones sobre la mejor estrategia de intervención vendrán favorecidas por un análisis funcional que incluya información sobre el contexto social (en este caso, quizá información sobre la relación madre-padre, el papel del padre en la familia, la carga de trabajo de la madre, los problemas médicos y físicos de los miembros de la familia y su situación económica. ¿Experimenta la madre violencia doméstica? ¿Lleva adelante dos trabajos para ayudar en casa? ¿Sufre problemas bipolares o de depresión?). En estos casos, puede requerirse que se incluyan en el análisis funcional variables causales pertenecientes a eslabones muy anteriores de la cadena causal con el objeto de comprender y poder cambiar su inhabilidad para manifestar mimos y cariño y, de esta forma, poder cambiar el tipo de consecuencias que aplica al comportamiento del hijo.

La figura 5.4 ilustra un FACCD de un caso en el que hay factores sociales sistémicos que afectan los comportamientos autolesivos de un paciente psiquiátrico (golpearse la cabeza y otras partes del cuerpo). Algunas de las variables causales tenían indudablemente base neurofisiológica. Las observaciones de la unidad de internamiento y las entrevistas con los miembros del personal sugerían que las respuestas inadecuadas y asistemáticas de éstos contribuían a su problema. Sin embargo, los clínicos investigaron el papel de factores causales del sistema social (más remotos), averiguando por qué los miembros del personal daban respuestas asistemáticas e inadecuadas al paciente. Esta evaluación sugirió los siguientes problemas adicionales: *a*) un insuficiente entrenamiento del personal; *b*) alta rotación del mismo; *c*) paga baja; *d*) una política del hospital asistemática acerca de cómo tratar los comportamientos autolesivos; *e*) recompensas escasas por un manejo eficaz de este tipo de comportamientos; *f*) muchas contingencias negativas para el personal, y *g*) supervisión asistemática. Algunas de estas variables remotas se muestran en la figura 5.4. Este análisis funcional extendido produjo importantes implicaciones para la intervención: pueden ser necesarios cambios a nivel sistémico para lograr un comportamiento adecuado y sostenible en los miembros del personal.

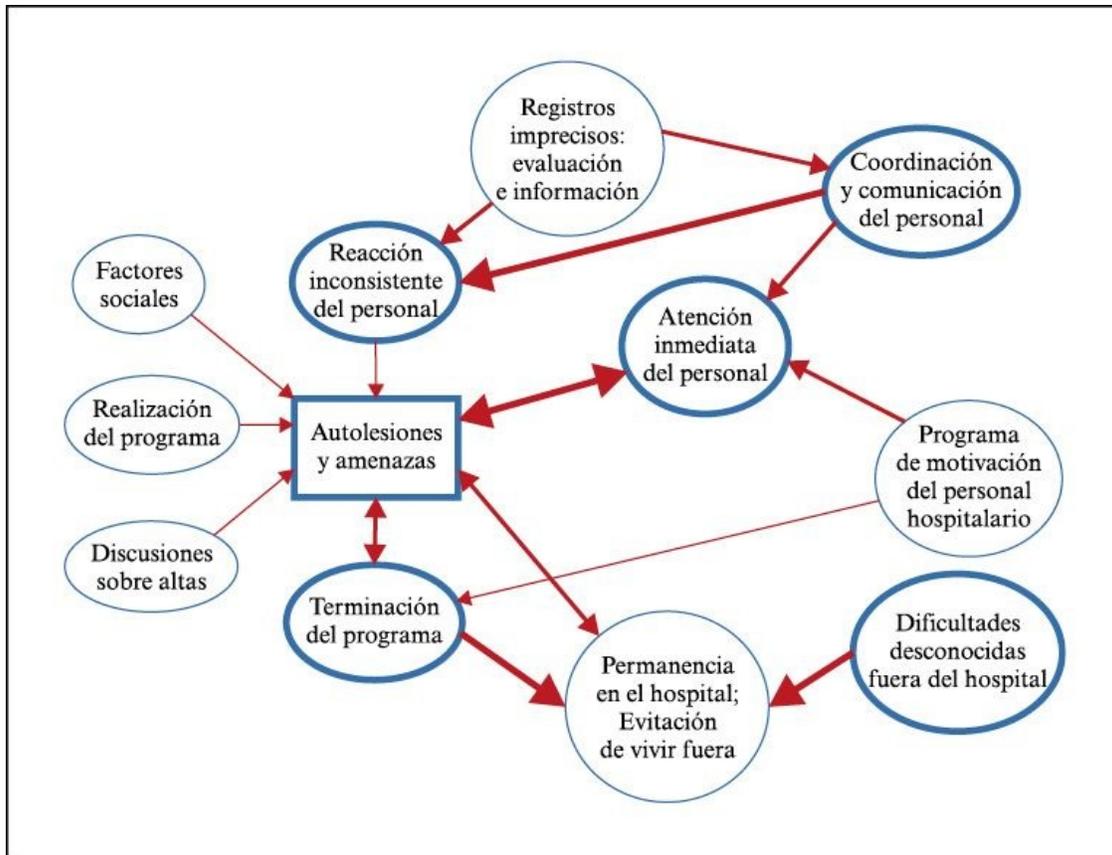


Figura 5.4.—Análisis funcional de los comportamientos autolesivos de un paciente psiquiátrico hospitalizado que incluye consecuencias inmediatas, factores contextuales (v.g., las discusiones sobre las altas médicas) y variables sociales (v.g., contingencias sobre el personal, entrenamiento, supervisión y sistema de comunicación de la administración del hospital).

Muchos problemas de comportamiento vienen influidos por variables causales sistémicas. Por ejemplo, Craske y Waikar (1994) sugirieron que en el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico, los problemas con las personas cercanas al paciente pueden influir en los problemas de éste y en el curso de la intervención. Las interacciones en familia de individuos con problemas del sistema nervioso central o del desarrollo pueden afectar en la medida en que son capaces de aprender comportamientos adaptativos de autoayuda, así como habilidades físicas y cognitivas. Sobell, Toneatto y Sobell (1994) observaron que el consumo crónico de alcohol y otras sustancias pueden tener efectos importantes en la familia, las amistades y las relaciones laborales de un paciente.

13. ÉNFASIS EN LAS VARIABLES CAUSALES

MODIFICABLES

Los terapeutas experimentados saben que existen muchas limitaciones en la extracción de inferencias acerca del tratamiento cuando el análisis funcional se restringe a las relaciones entre el comportamiento y las variables causales.

Una limitación importante es que no todas las variables causales son modificables en el mismo grado. La modificabilidad de una variable causal es un aspecto central de su utilidad clínica. Por ello, las variables causales inmodificables pueden ayudar a explicar el inicio de un problema, pero son poco útiles para diseñar programas de intervención capaces de reducir la intensidad, la frecuencia o la duración del problema del paciente.

Por ejemplo, los abusos sexuales en la niñez son un factor que contribuye a que se produzcan episodios de ansiedad en el paciente representado en el FACCD de la figura 10.2 (final del anexo II); los antecedentes familiares de trastorno bipolar, así como los problemas laborales de la pareja, eran factores que contribuían a los episodios maníacos de la paciente representada en la figura 2.14 (capítulo 2, FACCD de María); un accidente laboral y dificultades económicas eran factores que contribuían a los episodios depresivos del paciente representado en la figura 10.3 (final del anexo II). En cada uno de estos ejemplos la variable causal inmodificable es causalmente importante. Sin embargo, dicha variable resulta poco útil para derivar un tratamiento, ya que el clínico no puede cambiar su ocurrencia, intensidad o duración.

Las variables causales pueden ser difíciles de modificar por varias razones: *a)* pueden ser acontecimientos pasados (tales como abusos o abandono en la niñez; traumas físicos, experiencias pasadas de condicionamiento); *b)* pueden tener base genética o fisiológica (por ejemplo, daño de la médula espinal; lesión cerebral); *c)* pueden implicar instituciones sociales o culturales de difícil modificación (v.g., vivir en una vecindad violenta, o modelos sociales de tipo anoréxico); *d)* pueden implicar agentes sociales o familiares poco colaboradores; *e)* quizá no poseemos aún un tratamiento efectivo (v.g., para los delirios paranoicos), o *f)* el cambio sería inaceptable para el paciente (v.g., el abandono de una pareja violenta por una persona sin recursos económicos ni sociales; o, en tiempos de crisis económica, el abandono de un puesto de trabajo muy estresante pero bien pagado).

La modificabilidad incluye también el esfuerzo, el tiempo y el coste que

requiere la aplicación del tratamiento. Algunas variables causales pueden ser modificables, pero son prohibitivas por el coste, o por el tiempo profesional o del paciente que requieren. Por último, también es posible que el terapeuta no posea los conocimientos o las habilidades necesarias para modificar dicha variable causal.

La modificabilidad estimada de una variable causal es un elemento importante del análisis funcional, ya que afecta la magnitud del efecto si el tratamiento se dirige contra dicha variable (véase la figura 2.7 del capítulo 2). Una variable con una relación causal fuerte con el problema del paciente es clínicamente útil en la medida en que el terapeuta puede influir sobre ella. Por ello, la modificabilidad estimada de una variable causal influye sobre la decisión acerca de dónde centrar el tratamiento. En algunos casos, una variable causal que se relaciona sólo débilmente con el problema pero que resulta altamente modificable, puede ser un blanco de tratamiento más apropiado que una variable causal que se relacione fuertemente con el problema pero de difícil modificación.

Es importante distinguir entre las variables causales inmodificables y sus secuelas o consecuencias, que con frecuencia sí son modificables. Por ejemplo, no podemos borrar la historia de abuso sexual infantil de un paciente, y esa experiencia puede ser un factor causal importante para sus problemas de estado de ánimo y de relación. Sin embargo, podemos modificar las consecuencias de dicho tipo de experiencias, tal como su miedo al contacto físico, su evitación de situaciones íntimas, su culpabilidad o pensamientos de autoculpabilización por haber sufrido los abusos, sus creencias falsas acerca de las causas de los abusos sexuales, o sus rumiaciones. Todas éstas son variables causales más actuales de los problemas interpersonales o emocionales del paciente. Tales secuelas pueden considerarse como *variables moderadoras o mediadoras*.

RESUMEN

Hay varios conceptos de causalidad especialmente aplicables al análisis funcional y a cómo llevamos a cabo la evaluación de pacientes: a) las variables causales tienen cualidades y dimensiones múltiples, que pueden tener efectos causales diferenciados; b) los problemas del paciente con frecuencia son influidos por variables causales múltiples; c) las variables causales pueden tener efectos aditivos e interactivos; d) existen diferencias individuales en el tipo, la forma y la fuerza de las relaciones causales; e) las relaciones causales pueden ser condicionales y dinámicas; f) las relaciones causales bidireccionales son particularmente útiles en el análisis funcional, ya que aumentan las posibilidades de intervención; g) las variables causales se pueden describir en diversos niveles de especificidad y el mejor nivel depende de las metas del

análisis funcional; *h*) las variables causales pueden formar cadenas, que proporcionan puntos múltiples de intervención; *i*) a veces hay que atender a relaciones causales no contiguas, especialmente a los factores sociales que afectan el comportamiento de personas importantes en la vida del paciente. La comprensión de los mecanismos causales (cómo afectan las variables causales a un paciente) resulta importante para entender las relaciones causales multivariantes. A veces, diversas variables causales comparten el mismo mecanismo causal. Un problema de comportamiento puede también ser función de mecanismos causales múltiples. Una variable causal puede actuar a través de mecanismos causales múltiples.

La modificabilidad es otra cualidad importante de este tipo de variables. La modificabilidad influye en la relación coste-beneficio de dedicar recursos y esfuerzos a la modificación de una variable causal particular. La modificabilidad puede venir influida por muchos factores. En el caso de variables causales poco o nada modificables, los terapeutas suelen centrarse en las secuelas y en los mecanismos de actuación modificables de dichas variables.

NOTAS

- [1](#) Véanse revisiones en Andrasik (2006); Hersen, Turner y Beidel (2007); Hunsley y Mash (2000).
- [2](#) Véase el número especial sobre análisis funcional y comportamientos autolesivos del *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1994, 27, n.º 1, especialmente el artículo de Iwata y cols.
- [3](#) Véase una revisión de las diferencias entre problemas agudos y crónicos en Asterita (1985); y con respecto al trastorno por estrés postraumático, en Bryant (2006).
- [4](#) Hay otros atributos que también influyen sobre los efectos de las situaciones estresantes, tales como su intensidad, su frecuencia, su controlabilidad, que se puedan predecir o no, o que sean o no consistentes con la historia previa.
- [5](#) Véase una presentación más completa de las funciones no lineales en Haynes (1992), o, en castellano —o catalán—, en el libro de Xavier Bornas (2009).
- [6](#) El condicionamiento aerobio es un tipo de entrenamiento con el que, mediante ejercicios, se consigue que el corazón bombee sangre más eficientemente, aumentando la oxigenación del organismo.
- [7](#) Véase un análisis funcional de la anorexia en Lappalainen et al. (2009).
- [8](#) La mayoría de los libros de texto sobre psicología anormal contienen capítulos sobre los fundamentos de aprendizaje de los problemas de comportamiento. Los capítulos de O'Donohue y Ferguson (2004) y Eifert y Feldner (2004) describen las implicaciones específicas de estos fundamentos para la evaluación conductual. La revista *Applied Behavior Analysis* ha publicado miles de artículos sobre el papel desempeñado por las contingencias sociales y ambientales en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de comportamiento.
- [9](#) Lo que aquí llamamos *causalidad bidireccional* también se ha denominado como causalidad circular, círculo vicioso, determinismo recíproco, causación recíproca, interdependencia funcional, causación mutua, circuitos o cadenas causales retroalimentadas, o modelos causales no recursivos.
- [10](#) Alessi (1988) llama a esto «metacontingencias» —las contingencias que recibe quien administra las contingencias al paciente.

PARTE TERCERA

Estrategias para el desarrollo de un análisis funcional

En la parte primera hemos expuesto los conceptos básicos del análisis funcional y de los diagramas analíticos funcionales de casos clínicos. En la parte segunda, los fundamentos conceptuales y empíricos del análisis funcional. En la parte tercera vamos a tratar las estrategias para desarrollar un análisis funcional y algunas características adicionales del mismo. En el capítulo 6 se expondrá la secuencia de pasos necesaria para desarrollar un análisis funcional. En los capítulos 7 y 8 se hará una descripción general de los principios y métodos de la evaluación conductual.

6

Desarrollo de un análisis funcional en veintidós pasos

1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo 1 hemos expuesto los objetivos y los conceptos básicos del análisis funcional y pusimos un ejemplo aplicado con el caso clínico de María. Hemos defendido que el análisis funcional va destinado a ayudar al clínico a tomar decisiones sobre el tratamiento identificando relaciones causales importantes y modificables de los problemas del paciente. En el capítulo 2 presentamos los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos (FACCD) como otra forma de representar el análisis funcional (un medio para organizar y comunicar visualmente sus componentes). También pusimos ejemplos de FACCD en varias partes del capítulo 2.

Con esta introducción como trasfondo, los capítulos 3, 4 y 5 han presentado los fundamentos conceptuales del análisis funcional. Estos capítulos han destacado la naturaleza idiográfica, multivariante, multidimensional y dinámica de los problemas del comportamiento y de sus relaciones causales.

Tras esta descripción, nuestro paso siguiente será presentar los pasos concretos que hay que dar al construir un análisis funcional. ¿Qué hace el clínico para construir un análisis funcional? ¿Qué pasos debe dar y en qué orden? (véase, en castellano, Haynes, 2005).

Este capítulo presenta los pasos para construir un análisis funcional utilizando los símbolos y los elementos del FACCD descritos en el capítulo 2. Para ello, seguiremos el proceso de evaluación de un paciente. Sin embargo, antes de presentar los pasos en el desarrollo de un análisis funcional, destacaremos varias consideraciones aplicables a todos ellos:

1. Hay muchos errores potenciales al construir un análisis funcional. Los hemos señalado a lo largo del libro. Por ello, el clínico debe ser sensible a sus prejuicios, evitar el desarrollo de un análisis funcional antes de recopilar suficientes datos, esforzarse por especificar sus elementos concretos, y recordar la naturaleza subjetiva e hipotética de la formulación clínica de cualquier caso.

2. Como diremos en los capítulos 7 y 8, la validez del análisis funcional depende, en parte, de la validez de los datos de la evaluación sobre los que se basa. Los errores y las omisiones en el análisis funcional se pueden disminuir utilizando estrategias, métodos y medidas de evaluación, multimétodo o multifuente, válidas y sensibles.

3. Aunque presentamos la construcción de un análisis funcional como un procedimiento discreto y gradual, los datos de cada uno de los pasos se adquieren a lo largo de todo el proceso de evaluación. Por ejemplo, mientras se especifican los problemas del paciente, probablemente surjan datos sobre los contextos que afectan dichos problemas.

2. PASOS O FASES DEL ANÁLISIS FUNCIONAL

2.1. Paso 1: Guarda respeto a los derechos del paciente y mantén con él una relación positiva a lo largo de todo el proceso de evaluación

Debes obtener consentimiento informado de cada persona implicada en el proceso de evaluación.

El «consentimiento informado» es un principio rector en todas las profesiones de los servicios sociales (psicología clínica, asesoramiento, psiquiatría, medicina, enfermería, trabajo social, y otras profesiones relacionadas). Aquí vamos a destacar los aspectos éticos del consentimiento informado y de su papel en el desarrollo del análisis funcional. Sin embargo, existen también aspectos legales del consentimiento informado que varían según los países y comunidades. Por ejemplo, en muchos países se requiere que el clínico avise a la policía, a los servicios sociales o a las personas afectadas si existe un riesgo razonable de

daño. Un clínico debe estar bien informado de los requisitos legales y éticos del consentimiento informado en el medio en el que trabaja.

El principio de consentimiento informado cuadra bien con el énfasis de la evaluación conductual y del análisis funcional en la naturaleza colaborativa del proceso y en que la evaluación debe respetar los derechos y la autonomía del paciente. El clínico debe también asegurar que el paciente (y cualquier otra persona implicada) tiene una comprensión clara de, y está de acuerdo con, los objetivos y los métodos, así como con los posibles costes y beneficios de la evaluación clínica. Es decir, el paciente debe poder juzgar los pros y los contras del proceso de evaluación y poder tomar una decisión informada sobre su participación. El paciente y demás personas implicadas en el proceso de evaluación deben entender y estar de acuerdo con:

1. *Los objetivos de la evaluación:* Esto es, el propósito del proceso de evaluación y cómo se utilizarán los datos recogidos.

2. *Los costes de la evaluación* (en tiempo, dinero, retraso del tratamiento, posible malestar al tratar algunos temas, etc.) y *sus ventajas* (en términos de posibles mejoras de los resultados del tratamiento).

3. *Los métodos específicos de evaluación* que se utilizarán (tales como a quién se va a entrevistar, durante cuánto tiempo, cuántas veces, el tipo de cuestionarios que probablemente se utilicen, si se va a realizar observación, y si es así, quién la hará, dónde y durante cuánto tiempo).

4. *El acceso del clínico a expedientes médicos y psicológicos* que pueden ser necesarios para la evaluación (muchas instituciones tienen algún tipo de formulario específico que hay que cumplimentar para que proporcionen la información que se requiere).

5. *Procedimientos de observación* (tanto durante las sesiones como en el ambiente natural) que se utilizarán (tales como juego de roles, evaluación de la comunicación u observaciones en la escuela).

6. *Qué personas tendrán acceso a los datos obtenidos* durante la evaluación y cómo se protegerá su privacidad.

7. El derecho del paciente a retirarse del proceso de evaluación.

En algunos casos, debido a la incapacidad cognitiva o de juicio (v.g., por edad, trastorno mental severo, intoxicación o drogadicción, daño cerebral, o demencia), el paciente puede no tener capacidad de razonamiento o juicio para proporcionar consentimiento informado. En estos casos, éste se debe obtener del tutor legal del paciente.

El principio de consentimiento informado se extiende a todos los participantes en el proceso de evaluación. Esto incluye a los profesores en la clase en donde se harán las observaciones, al cónyuge que participe en el *role-playing* de evaluación de los patrones de comunicación de la pareja, a los clínicos a los que pedimos información del paciente que nos han remitido, y al personal de enfermería y administración de los hospitales que participarán en la evaluación. Por ejemplo, si el clínico está realizando observaciones en una clase, el consentimiento informado se debe adquirir de los padres, el director del colegio y el profesor.

Debes mantener una relación positiva, respetuosa y colaboradora con cada persona implicada en el proceso de evaluación.

La relación entre el clínico y el paciente es también un aspecto esencial del análisis funcional. Sin una relación positiva y colaboradora, el proceso de evaluación empeorará y la información adquirida puede ser incompleta o inválida. Considérense los efectos negativos sobre el proceso de evaluación y la validez del análisis funcional cuando el paciente desconfía del clínico o cree que el clínico no es comprensivo, cuidadoso o sensible a sus necesidades.

El éxito del proceso clínico de evaluación y la validez del análisis funcional requieren que el clínico mantenga una relación informada, positiva, colaboradora y de apoyo con el paciente y los demás implicados en el proceso de evaluación. Una relación positiva con el paciente requiere que el clínico: *a*) sea sensible y acepte las características diferenciales del paciente individual (tales como pertenencia étnica, edad, sexo, orientación sexual o religión, así como sus posibles limitaciones físicas y cognitivas) y cómo esas diferencias podrían afectar los métodos y el resultado de la evaluación (véase Tanaka-Matsumi, 2004); *b*) establezca con el paciente y mantenga una relación colaboradora y de apoyo durante todo el proceso de evaluación, y *c*) respete los derechos y la

autonomía del paciente, tal como hemos dicho antes¹. Una estrategia útil para asegurar una relación positiva en el marco de la evaluación conductual es utilizar un estilo de interacción humanista, centrado en la persona. Aunque hablaremos de esto más detalladamente en el capítulo 8, diremos ya desde ahora que las declaraciones empáticas, las reflexiones de las expresiones del paciente, las preguntas abiertas para ayudar al paciente a aclarar sus objetivos y problemas, y las declaraciones de comprensión y de aceptación del clínico pueden facilitar la satisfacción del paciente con el proceso de evaluación. Estas estrategias de fortalecimiento de la relación tienen fácil cabida dentro del marco del análisis funcional al especificar problemas, metas y relaciones causales.

2.2. Paso 2: Considera si es necesario remitir el paciente a otro profesional. Evalúa la seguridad del paciente

Considera si es necesario remitir el paciente a otro profesional o realizar evaluación adicional.

La descripción de Tanaka-Matsumi (2004) de la evaluación sensible a los aspectos culturales ilustra cómo la información de la evaluación inicial puede sugerir la necesidad de remitir el paciente a otros profesionales para que le hagan evaluaciones suplementarias. En el ejemplo de una evaluación familiar, la información inicial de la entrevista podría sugerir que un familiar anciano está experimentando problemas de memoria asociados posiblemente a un reciente accidente cerebro-vascular. Si además otros miembros de familia han notado cambios en humor y comportamiento desde el incidente, el clínico podría recomendar una resonancia magnética cerebral y una evaluación neuropsicológica. Los datos de estas evaluaciones, junto con datos de estrategias más tradicionales de evaluación, ayudan a identificar algunos déficits cognitivos asociados a una demencia vascular. Este tipo de información puede ser útil para guiar los pasos siguientes de la evaluación y del tratamiento. Por ejemplo, un paciente con demencia vascular no puede dar respuestas exactas a algunas preguntas y puede experimentar síntomas depresivos en interacciones con otros miembros de la familia. Este caso pone de relieve la utilidad de obtener información experta adicional en algunos casos.

¿Cuándo debe un clínico pedirle al paciente que acuda a la consulta de un especialista diferente? Un clínico debe buscar información de otros profesionales

cuando los problemas del paciente o los posibles factores causales quedan fuera de su ámbito de competencia. Dependiendo del entrenamiento y la experiencia del clínico, la información de otros profesionales puede ser apropiada cuando los problemas del paciente o sus causas incluyen variables de naturaleza étnica e intercultural, cardiovascular, neuroendocrina, física, del sistema nervioso central o periférico, enfermedad física crónica, demencia y otros trastornos cognitivos, abuso sexual, violencia, o trastornos del desarrollo.

El clínico debe ser un científico del comportamiento bien informado para saber cuándo debe recabar información de otro profesional. Es decir, el clínico debe estar familiarizado con la investigación actual relacionada con los problemas del paciente.

Evalúa la seguridad de tu paciente

¿Está tu paciente seguro? Ésta suele ser una preocupación frecuente en los casos de violencia doméstica, de abuso familiar, o de autolesiones. Los procedimientos legales a seguir y las normas sobre a quién se debe informar varían según los países e incluso de un lugar a otro dentro de un mismo país. En tanto que en la mayoría de los casos se requiere que el clínico informe oficialmente de los casos con riesgo de daño (y en algunos lugares de padecimiento de sida o de otras enfermedades), otros países permiten, pero no exigen, que se informe a las autoridades del riesgo de daño. En la mayoría de los casos (España incluida) se exige que se denuncie de manera inmediata si se sospecha abandono o abuso infantil². En caso de que exista riesgo para el paciente, su seguridad es la primera prioridad y a ella deben dirigirse todos los esfuerzos antes de continuar con el resto de la evaluación. Por ejemplo, para una paciente que padece depresión, ansiedad, pánico, problemas alimentarios o de sueño, si existe riesgo de violencia doméstica, la evaluación de la seguridad de la paciente debe ser prioritaria. En caso de necesidad, el clínico debe tomar medidas inmediatas, en colaboración con la paciente, para asegurar su seguridad. Tales medidas podrían ser: *a*) planes de escape en caso de posible violencia (v.g., disponibilidad de las llaves del coche, de dinero, de una residencia de emergencia, de números de teléfono en los que pedir ayuda); *b*) establecimiento frecuente de contacto con otras personas (aumentando el apoyo social y la probabilidad de que el abuso, si se produce, sea detectado); *c*) búsqueda de una

vivienda alternativa en el caso de que deba abandonar el hogar; *d*) planes para el cuidado de los hijos en el caso de que tenga que abandonar el hogar; *e*) planes acerca de cómo contactar de inmediato con la policía si el daño es inminente, y *f*) informar a la paciente sobre opciones legales.

Hay varios métodos disponibles para evaluar la ocurrencia o riesgo de violencia doméstica, como son los procedimientos de entrevista retrospectiva³. Como defienden Snyder y colaboradores (2008), se recomiendan sesiones individuales de evaluación de los miembros de la pareja, con el objeto de evaluar el riesgo de violencia, abuso o daño.

2.3. Paso 3: Identifica los problemas del paciente

Tras lograr el consentimiento informado y la seguridad del paciente, el primer paso en el proceso de evaluación destinado a realizar un análisis funcional es la identificación de los problemas del paciente y de las metas del tratamiento. Tal como vimos en el capítulo 3 y al hablar de la comorbilidad, la mejor estrategia de evaluación en este primer momento es la que tiene en cuenta que muchos pacientes presentan problemas y metas múltiples. Un error en el desarrollo del análisis funcional suele ser el centrarse prematuramente a un único problema, con olvido de los otros problemas posibles.

Debes obtener una visión general de los problemas del paciente

En este primer momento de la evaluación, una investigación general es más probable que detecte problemas múltiples que una estrategia de evaluación que rápidamente se centre en uno de los primeros problemas identificados. Las entrevistas semiestructuradas y los listados de problemas son especialmente útiles en la identificación de problemas múltiples (Sederer y Dickey, 1996, revisan algunos inventarios y entrevistas de amplio espectro). Las entrevistas diagnósticas tradicionales también suelen examinar una gama amplia de problemas de comportamiento.

Una estrategia de evaluación que se mueve desde un enfoque amplio a uno más estrecho se suele denominar acercamiento «de puerta múltiple» o «de embudo»⁴. Esta estrategia «de embudo» es similar a la utilizada en muchas entrevistas de diagnóstico donde, una vez se ha identificado un problema, se hacen preguntas

cada vez más específicas. Tras una investigación de los problemas en general, la evaluación se centra en especificar cada problema. Una de las metas durante esta etapa de la evaluación es la de que el clínico se haga una idea general de las múltiples preocupaciones y metas del paciente, que comprenda a éste. La especificación de cada problema y meta individual se dará posteriormente (aunque debe recordarse que los pasos del proceso se solapan, de tal forma que, con frecuencia, se obtiene información específica ya durante la etapa de exploración general).

Tanto la entrevista como los cuestionarios y la observación pueden ayudar al clínico a identificar los problemas múltiples del paciente. Las tácticas de entrevista en esta etapa suelen consistir en preguntas abiertas no estructuradas o semi-estructuradas, en reflexiones y resúmenes, y en comprobaciones de los problemas y las metas. Recuérdese que estas tácticas son aplicables en general, tanto si el entrevistado es el paciente, su padre, su cónyuge, su profesor, o un miembro del personal (véase el capítulo 8 y el cuadro 6.1).

CUADRO 6.1

Ejemplos de preguntas durante la exploración de los problemas del paciente

Ejemplos de *comprobaciones* durante los primeros estadios de la entrevista inicial.

«¿Me podría contar qué problemas le han hecho venir a consulta?»

«Hasta ahora hemos estado hablando sobre una de sus metas en terapia: XX [la que sea]. ¿Tiene alguna otra meta de la que le gustaría que habláramos?»

«Hemos estado hablando sobre varias de sus preocupaciones, como los sentimientos de depresión, ansiedad y preocupación sobre su boda. Sé que algunas de sus metas para la terapia son sentirse mejor en esto. ¿Hay algunas otras metas que también sean importantes para usted?»

Para lograr mayor especificidad, después de (y, a veces, durante) la entrevista inicial.

«Entiendo que XX [el problema previamente expuesto por el paciente] es algo para preocuparse. ¿Podría contarme algo más sobre XX?»

«Me imagino que XX es muy desagradable. ¿Podría describirme a qué se parece (o ponerme más ejemplos)?»

«Podría describirme paso a paso la última vez que experimentó (o le ocurrió) XX. Dígame cómo actuó usted, qué pensamientos y qué sentimientos tuvo».

Nótese que las preguntas y las comprobaciones del clínico que se dan como ejemplo en el cuadro 6.1 tienen múltiples funciones, ya que están diseñadas para: *a)* reflejar la comprensión y la aceptación que el clínico tiene del paciente, así como para mantener una relación positiva con él; *b)* resumir lo que se ha hablado

para clarificarlo y validarlo; c) adquirir más información sobre los problemas que se han estado discutiendo, y d) comprobar si existen problemas o metas adicionales. Un esquema sobre el resumen de los problemas del paciente puede verse en el cuadro 6.2.

Greg Mumma (2005), en su entrevista de evaluación interpersonal cognitivo-conductual semiestructurada (CBISSAI), también ofrece ejemplos que pueden ser útiles en esta etapa. Sus preguntas se centran particularmente en las variables causales cognitivas asociadas a problemas del comportamiento, pero es perfectamente aplicable a muchas clases de variables causales.

[Descargar o imprimir](#)

CUADRO 6.2
Siguiéndole la pista a la información de la entrevista

Es importante seguirle la pista a la información presentada durante la entrevista. Varios estudios han mostrado que los clínicos cometen errores, sobre todo errores de omisión, cuando intentan recordar el contenido de la entrevista (véase Godoy, 1996, Cap. 2). Hay varias maneras de hacer esto, pero en general se puede lograr mediante el uso de notas estructuradas o de una lista de problemas. Una forma genérica de lista de problemas podría ser la siguiente:

Paciente:
Fecha:
Problemas y metas:

Descripción	Importancia	Frecuencia	Duración	Intensidad
-------------	-------------	------------	----------	------------

Obsérvese que se deberían incluir columnas adicionales si se añadieran otros tipos de información, tal como la historia o los tratamientos anteriores.

Los problemas que podrían ser objeto de tratamiento se pueden también identificar a través de autoinformes tales como cuestionarios y listados de problemas. Ejemplos de listados de problemas son el listado de áreas de cambio⁵; el listado de observación del esposo para identificar problemas y metas en el tratamiento de la pareja; el listado de comportamientos infantiles⁶, el

sistema de evaluación del comportamiento para niños⁷, y la escala de evaluación del comportamiento-2⁸ para identificar problemas del comportamiento en niños. La mayoría de los cuestionarios de personalidad (v.g., MMPI, EPQ-J) son inadecuados para este fin, ya que no resultan de utilidad para averiguar el conjunto de posibles problemas del paciente.

Las observaciones naturalistas no estructuradas y la observación análoga también pueden ayudar a identificar problemas del paciente en algunas situaciones (véanse Anguera, 1994; Anguera et al., 2006). Por ejemplo, la observación cualitativa de las interacciones sociales de un paciente en una unidad psiquiátrica, la observación en sesión de los intentos de solución de problemas de una pareja, la observación de un niño en su clase, y la observación de la interacción social de un paciente adulto con problemas de evitación social o de ansiedad, pueden resultar de utilidad para identificar los problemas específicos necesarios para realizar un buen análisis funcional (Bakeman, Anguera, Blanco, González y Gottman, 1989). A menudo, los problemas descubiertos de esta forma complementan los que aparecieron durante la entrevista.

Comienza a construir el FACCD

Recuérdese que una de las metas de este libro es promover la expresión del análisis funcional mediante su representación visual.

La figura 6.1 utiliza el sistema diagramático de representación de modelos causales, FACCD, que expusimos en el capítulo 2. La paciente, de 36 años, cuando ingresó interna en el hospital estaba preocupada porque se autolesionaba el brazo (múltiples cortes poco profundos hechos con una hoja de afeitar, varias veces por mes), por episodios depresivos cortos pero frecuentes (duraban 1-2 días y ocurrían 1-2 veces por mes), y por episodios de grandes ingestas de alcohol.

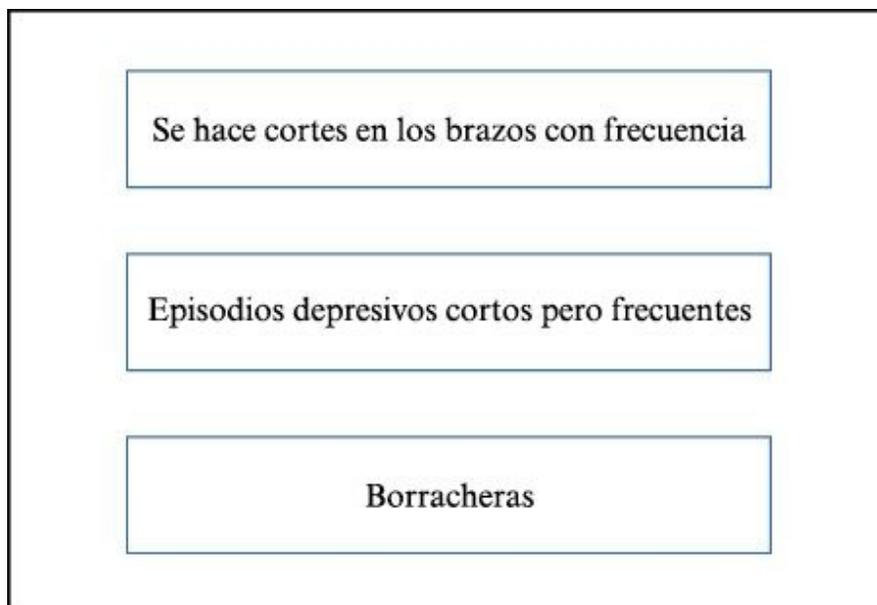


Figura 6.1.—FACCD de una paciente de 36 años con múltiples problemas.

Retos al identificar los problemas del paciente

A veces puede ser difícil identificar todos los problemas importantes de un paciente. Hay pacientes que no pueden articular claramente sus problemas, preocupaciones o metas, y, mucho menos, las relaciones funcionales entre ellos. En otros casos, pueden estar experimentando tensión, malestar o sentirse desgraciados, pero no tienen la suficiente capacidad de introspección, o suficientes habilidades verbales o cognitivas para describir de forma específica lo que parecen experimentar de forma muy vaga. Sus informes pueden ser demasiado imprecisos, poco fiables e inespecíficos para lo que se requiere en un análisis funcional⁹.

Una complicación adicional durante la fase de identificación de los problemas es que las preocupaciones y las metas del paciente pueden cambiar a lo largo del tiempo. Dado que el análisis funcional representa las ideas y las hipótesis del clínico sobre el paciente, a veces esas ideas e hipótesis cambian conforme la evaluación y el tratamiento progresan a lo largo de las sesiones, e incluso, a veces, dentro de una misma sesión a medida que el clínico y el paciente las discuten y clarifican. La meta del clínico en esta fase es ayudar al paciente a identificar y describir sus problemas y metas de la forma más concreta posible, de tal modo que se puedan identificar relaciones funcionales y elegir el mejor

tratamiento posible.

2.4. Paso 4: Especifica los aspectos y los modos de respuesta de los problemas

Una vez que se han identificado los problemas de comportamiento del paciente y las metas del tratamiento, el paso siguiente es recopilar información específica sobre cada uno de ellos. ¿Qué significa exactamente que se siente «frustrado y tenso todo el tiempo», o que quiere eliminar «la agresión» de su hijo, o que se siente «deprimido» cuando piensa en su familia, o «nervioso e irritable», o invadido por «pensamientos repetitivos que no puedo parar»? O ¿a qué se refiere en concreto cuando manifiesta que tiene «problemas durmiendo», o que desearía tener «un matrimonio más sano»? Todos éstos son problemas y metas descritos de forma muy vaga, que significan cosas diferentes para personas distintas. Por ello, el clínico no debería asumir que sabe qué es exactamente lo que le está ocurriendo al paciente.

Como resultado de los intentos por entender mejor el significado de lo dicho por el paciente durante el paso 3, el clínico tendrá ya cierta comprensión de las características y componentes de estos problemas y metas. Sin embargo, el paso 4 es la fase de la evaluación para describir con exactitud cada uno de ellos. A menudo, esto implica una especificación de los modos de respuesta y demás aspectos y componentes de los problemas de comportamiento. Por ejemplo, cuando el paciente se queja de «depresión», ¿está hablando de ánimo deprimido, pensamientos depresivos, sensaciones de cansancio y debilidad, un nivel reducido de actividad física, falta de motivación, o disminución del disfrute de actividades previamente valoradas, o una combinación de todo ello?

Como dijimos en el capítulo 3 (véase la figura 3.1, para un ejemplo de diversos niveles de especificidad en la «depresión»), el nivel de *especificidad* es importante porque afecta a la utilidad clínica del análisis funcional. A menudo, como observamos en el capítulo 4, distintas relaciones causales actúan para diversos niveles de especificidad y diferentes aspectos del problema de un paciente. Es difícil identificar la relación funcional para problemas no específicos tales como «depresión» o «ansiedad», ya que sus diversos componentes pueden estar influidos por distintas relaciones causales. ¿Qué aspectos o componentes son los más importantes para el paciente? Para diseñar

un buen tratamiento para un paciente es necesario describir su problema de forma concreta.

Los métodos de entrevista para aumentar la especificación de los problemas del comportamiento y de las metas del tratamiento consisten en las estrategias de las que hemos hablado en la sección anterior y a las que volveremos en el capítulo 8 (véase también el cuadro 6.1). Ejemplos de trozos de entrevista destinados a animar al paciente para que sea más específico son los siguientes:

«Hemos estado hablando de *XX* [el problema del paciente]. ¿Podría decirme algo más sobre eso?, ¿me lo podría describir más detalladamente?»

«¿Podría describirme lo más detalladamente que pueda cómo fue la última vez que experimentó *XX*?»

«Cuando le ocurre *XX*, dígame qué siente, qué piensa y qué suele hacer.»

«Me dijo que le gustaría ser más *YY*, (o ser mejor en *ZZ*). Si *YY* cambiara en el sentido que usted desea, ¿qué otras cosas cambiarían en su vida?»

Estos resúmenes de lo dicho, preguntas y comprobaciones continúan hasta que el clínico tiene una comprensión exacta de las características y de los modos de respuesta de cada problema. Como es obvio, y al igual que ocurre con todos los pasos en el proceso de evaluación, esta especificación debe hacerse en el contexto de una relación empática y de apoyo con el paciente.

2.5. Paso 5: Especifica las dimensiones de los problemas

Como señalamos en el capítulo 3, las dimensiones de los problemas del comportamiento son un componente importante del análisis funcional, ya que dimensiones distintas pueden mantener relaciones causales diferentes. Este aspecto de la especificación implica obtener datos cuantitativos sobre la frecuencia, la duración, o la intensidad (y a veces la ciclicidad y la latencia) de los problemas, así como establecer qué dimensiones son las más importantes.

Para obtener información sobre las dimensiones de un problema durante la entrevista, el clínico puede preguntar algo así como:

«Me ha descrito qué piensa y qué siente durante sus episodios de pánico. ¿Me podría decir cuántas veces al mes, aproximadamente, experimenta esos episodios?»

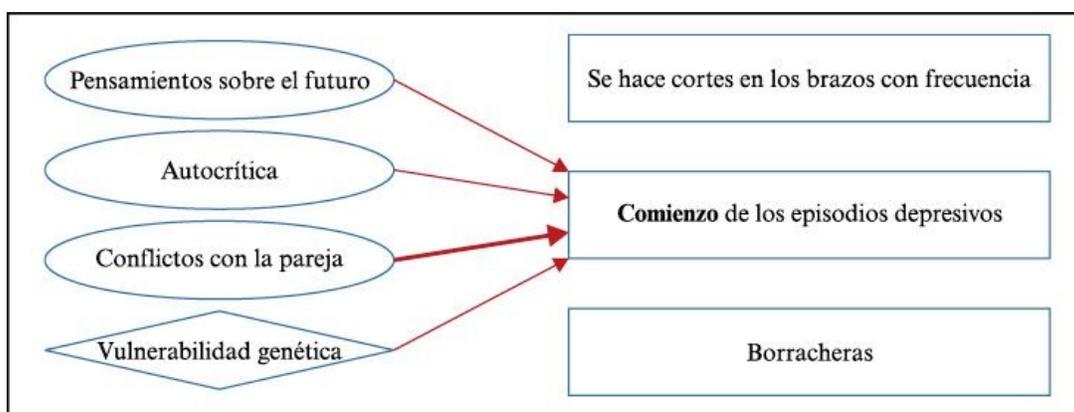
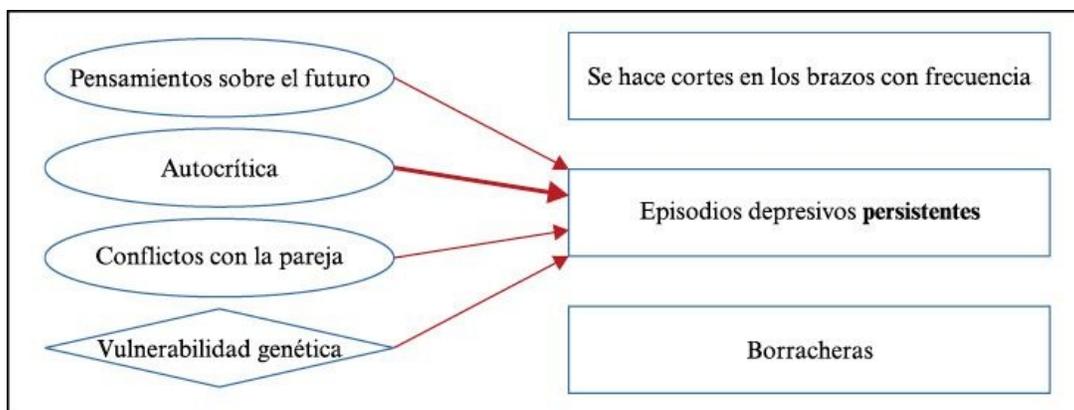
«¿Cuánto tiempo le suelen durar?»

«Si valoráramos su intensidad en una escala de 10 puntos, ¿cuántos puntos le pondría?»

Con problemas discretos, tales como episodios de pánico, dolores de jaqueca, ataques, o atracones de comida o bebida, las entrevistas en las que se den descripciones retrospectivas paso a paso también pueden ser útiles (véase el capítulo 8).

La información sobre las dimensiones de los problemas del comportamiento se puede también obtener cuando se utiliza observación, bio-monitorización ambulatoria, diarios electrónicos (muestreos ecológicos momentáneos) y otras formas de autoobservación y autorregistro (los veremos en un capítulo posterior). Por ejemplo, mediante observación en el medio natural, el clínico puede hacerse una idea de la tasa de interacciones sociales positivas de los pacientes en una unidad psiquiátrica, o de niños durante el recreo. La autoobservación (y mejor si se utilizan diarios electrónicos) puede ser útil para averiguar la frecuencia, duración o intensidad en el ambiente natural de las interacciones sociales positivas, de la ansiedad, el pánico, la comida, la bebida, el estado de ánimo deprimido, los problemas de sueño, los pensamientos obsesivos, o el dolor.

En algunos casos no es necesario distinguir entre las dimensiones de los problemas o entre las metas del tratamiento porque todas ellas comparten unas mismas causas. Por ejemplo, los mismos factores sociales, o el mismo miedo al fracaso, pueden estar afectando tanto la frecuencia como la duración de los rituales obsesivos de un paciente. Por tanto, de cara al tratamiento, se gana poco teniendo en cuenta la frecuencia y la duración. En otros casos, sin embargo, el análisis funcional se verá sustancialmente afectado si las relaciones causales para una dimensión del problema son muy distintas de las de otras dimensiones. Por ejemplo, en las figuras 6.2 y 6.3, la fuerza de las relaciones causales de los episodios depresivos del paciente depende de si se está considerando la duración o la frecuencia.



Figuras 6.2 y 6.3.—FACCD que ilustran cómo las relaciones causales de los problemas de un paciente pueden diferir según las dimensiones del problema a que se atiende. La figura 6.2 muestra que la duración de los episodios depresivos del paciente está fuertemente influida por su autocrítica. La figura 6.3 muestra que el inicio de los episodios depresivos del mismo paciente está fuertemente influido por los conflictos con su pareja.

El clínico debe estimar a menudo qué dimensiones de los problemas de un paciente son las más importantes (recuérdese también que las dimensiones pueden diferir en importancia según los problemas). Esta estimación dirigirá la evaluación de las relaciones causales de cada dimensión (véase también el paso 6, sobre «Importancia» de los problemas). En algunos pacientes, la frecuencia de un problema puede ser la dimensión más importante. Un paciente puede estar sufriendo, por ejemplo, dolores de cabeza frecuentes pero cortos, en tanto que en otro paciente los dolores de cabeza pueden ser menos frecuentes pero más duraderos, o más intensos, en cuyo caso será mejor atender a la duración o a la intensidad (véase el cuadro 6.3).

CUADRO 6.3
Añadiendo información al FACCD

En algunos casos, es útil añadir al FACCD información más específica sobre los problemas, las metas del tratamiento o las variables causales, sin que ello resulte una representación del FACCD excesivamente complicada. Estas especificaciones adicionales, tal como descripciones de los problemas o de las variables causales, se pueden añadir como apéndices o como datos adjuntos y, en algunos programas informáticos, como menú desplegable cuyo contenido aparece al hacer clic sobre la variable correspondiente en el FACCD.

Por ejemplo, en una página separada que sigue a la del FACCD completo, o en la parte inferior de la misma, el clínico puede proporcionar información adicional sobre una determinada variable. Un ejemplo:

[En este FACCD se entienden por] «Cortes frecuentes del brazo»: 4-5 pequeños rasguños con una hoja de afeitar, en el interior de los brazos, 2-3 veces/mes, durante tres años.

[En este FACCD se entienden por] «Conflictos con la pareja»: Discusiones cada vez más fuertes sobre numerosos temas de su relación, caracterizadas por insultos, interrupciones, desacuerdos y cólera, durando aproximadamente 30 minutos. Terminan cuando el marido cede o se va.

2.6. Paso 6: Establece la importancia relativa de los problemas

Hemos hecho hincapié en que el objetivo último del análisis funcional es ayudar al clínico a estimar las consecuencias o efecto de modificar cada una de las variables o relaciones causales de los problemas del paciente. También hemos dicho que la magnitud del efecto de una intervención depende del grado en el que el paciente se beneficia de dicha intervención. Por ello, la importancia relativa de cada problema del paciente contribuye a esta estimación. Así, para la paciente del ejemplo que está sufriendo episodios depresivos, autolesiones y abuso del alcohol (véanse figuras 6.1 a 6.3), la importancia relativa de estos problemas va a influir sobre la magnitud del efecto asociado a la intervención sobre cada una de las variables causales. El paciente se beneficiará más (la magnitud del efecto del tratamiento será mayor) si la intervención se dirige contra los problemas más importantes que si se dirige contra los problemas menos importantes.

En el FACCD de la figura 6.4 hemos representado la importancia de los problemas mediante el grosor del recuadro en el que se inscribe el nombre de dicho problema (véase también la figura 2.2 del capítulo 2). Como se expone en el apéndice, la importancia del problema también se puede representar de forma más exacta mediante valores numéricos. Para la paciente del ejemplo, los cortes del brazo eran más importantes que los episodios depresivos, que, a su vez, eran más importantes que los episodios de bebida excesiva (la paciente estimaba que el corte del brazo era alrededor de dos veces más importante que los episodios depresivos, que eran alrededor de dos veces más importantes que su consumición

de alcohol).

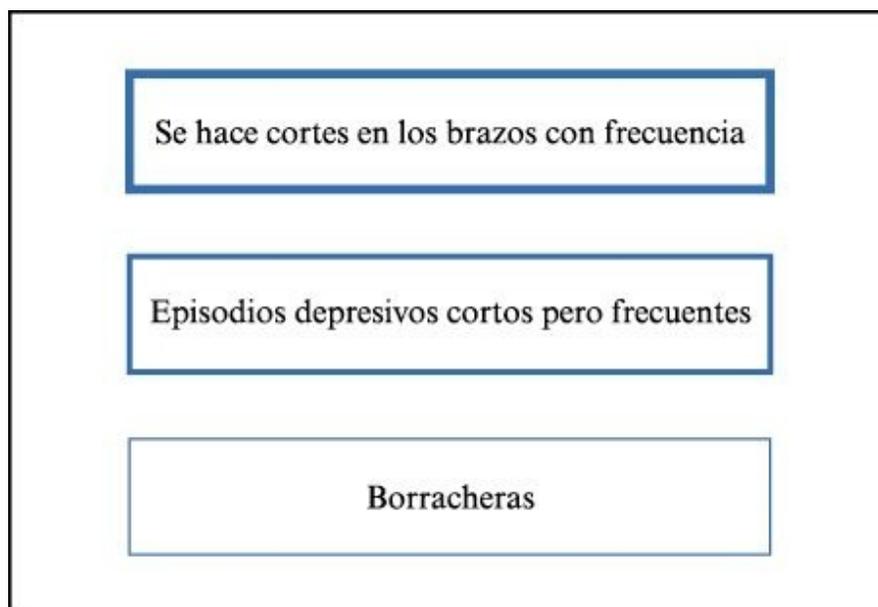


Figura 6.4.—Ejemplo de FACCD de problemas con tres niveles de importancia.

¿Cómo se estima la importancia relativa de los problemas? La importancia relativa de un problema se puede estimar de varias maneras, dependiendo del problema, del paciente y del contexto de evaluación. Como señalaremos en las secciones que siguen, los factores que influyen sobre la importancia son interactivos, en el sentido de que un factor puede afectar a otro. Son también condicionales, en el sentido de que la importancia de un problema (o de una meta del tratamiento) se basa en consideraciones distintas, según los pacientes, los problemas y la situación. Los factores más importantes que influyen sobre las estimaciones de la importancia relativa de un problema son:

1. *El riesgo de daño físico para el paciente o para otros.* Muchos problemas del comportamiento se asocian a un riesgo sustancial de daño para el paciente o para otros. Por ejemplo, los comportamientos autolesivos de las personas con retraso del desarrollo, la no adherencia a la medicación en las personas con enfermedades graves o crónicas, la agresión física a otros pacientes en una unidad psiquiátrica o a los compañeros del colegio, la violencia doméstica, el comportamiento suicida, el maltrato infantil, los problemas de alimentación en niños, y la tensión arterial alta.

2. *Tasa, severidad, o duración del problema.* Como se representa en la figura 6.4, la tasa, la severidad o la duración relativa de los problemas de un paciente influyen sobre la importancia relativa que se les asigna. En este caso, los episodios depresivos y los de consumición de alcohol se juzgaron menos importantes (basándonos en su severidad, frecuencia y duración percibidas por la paciente) que las autolesiones.

3. *Impacto en la calidad de vida.* Algunos problemas tienen un impacto mayor o más amplio sobre la calidad de vida del paciente que otros. Por ejemplo, algunos problemas (v.g., los cambios bruscos de humor) pueden afectar las relaciones de pareja, la situación económica, la salud física, el funcionamiento escolar o laboral, o el bienestar de los hijos. Aunque algunos de estos impactos se reflejan en la parte del análisis funcional destinada a los efectos del problema, también influyen cuando se estima la importancia relativa de dicho problema.

4. *Estimaciones subjetivas del paciente* (o de otras personas relacionadas) sobre la importancia de los problemas.

Todos los elementos del análisis funcional y del FACCD son *hipótesis* del clínico. Además, esas hipótesis están influenciadas a menudo por los informes subjetivos del paciente.

Por ejemplo, la paciente con comportamientos autolesivos representados en la figura 6.4 manifestaba que los cortes en los brazos eran lo más importante, lo que el clínico tuvo en cuenta al enjuiciar la importancia relativa de los problemas de dicha paciente. Su estimación subjetiva probablemente se basaba en su idea de riesgo, así como en la frecuencia, severidad y duración de sus tres problemas, de sus valores, y de su opinión sobre el impacto de sus problemas en su calidad de vida.

¿Qué ocurre si existe desacuerdo entre el paciente y el clínico sobre qué problemas son los más importantes? ¿Qué ocurre si los comportamientos autolesivos de la paciente hubieran sido muy graves, pero ella hubiera preferido centrarse en sus episodios de consumo de alcohol? Las diferencias entre el paciente y el clínico sobre la importancia de los problemas son comunes y pueden constituir una dificultad a la hora de acordar en qué debe consistir la terapia. Sin embargo, estas diferencias también se pueden abordar al final de la evaluación (véase el paso 22).

Aun en caso de desacuerdo entre el clínico y el paciente, se deben seguir teniendo en cuenta los derechos y la autonomía del paciente y el principio de consentimiento informado.

Un tratamiento eficaz requiere aceptación y cooperación por parte del paciente, lo que resulta poco probable cuando el tratamiento se centra en problemas que el paciente ve poco importantes. Sin embargo, el clínico puede intentar convencer al paciente sobre la importancia relativa de los problemas, o idear un acuerdo de tratamiento que tenga en cuenta tanto la opinión del clínico como la del paciente (v.g., «¿qué le parece si dedicamos cuatro sesiones a los cortes en los brazos y a continuación nos centramos en la bebida?»). Como hemos dicho antes, el análisis funcional no es el único factor que influye sobre las decisiones de tratamiento y, en última instancia, es el paciente el que tiene la última palabra al decidir a qué se va a dirigir el tratamiento y en qué va a consistir el mismo.

5. *Comportamientos que impiden el tratamiento.* Durante la evaluación y el tratamiento, los pacientes a veces se comportan de manera que impiden u obstruyen este último. Como han puesto de manifiesto en su terapia analítico-funcional Kohlenberg y Tsai (véase el cuadro 8.2), y Marsha Linehan en su terapia para personas con trastorno de personalidad límite, comportamientos tales como la evitación activa de situaciones o pensamientos ansiógenos, la poca habilidad (o motivación) del paciente para cambiar, las autoafirmaciones negativas frecuentes, el disimulo, las tendencias paranoicas, la utilización de las autolesiones no suicidas como forma de manipular al terapeuta o a otros, los comportamientos verbales agresivos y desafiantes hacia el terapeuta, y la pasividad ante la vida, pueden limitar seriamente el progreso del tratamiento cuando se dan durante el proceso terapéutico. Estos patrones de comportamiento disfuncional son importantes porque deben abordarse antes o concurrentemente con el resto de los problemas. A menudo, son los mismos comportamientos que causan dificultades en la vida diaria del paciente.

2.7. Paso 7: Identifica los efectos de los problemas

Como hemos indicado en el paso 6, los problemas de comportamiento se asocian a menudo a efectos negativos o a secuelas importantes. Cuando un

tratamiento eficaz elimina los problemas del paciente, la consiguiente eliminación de dichos efectos y secuelas contribuye también a aumentar las ventajas que el paciente recibe. Por ejemplo, si podemos reducir la intensidad, la frecuencia y la duración de los episodios maníacos de un paciente, puede ser que también mejoremos su situación financiera, su funcionamiento en el trabajo o en los estudios, y sus relaciones familiares.

Las secuelas deben tenerse en cuenta al estimar la magnitud relativa del efecto de la intervención.

En el FACCD de la figura 6.5 ilustramos los efectos de los problemas utilizando los mismos indicadores de importancia (grosor de las líneas del rectángulo) que hemos utilizado anteriormente para los problemas (véase también la figura 2.5 del capítulo 2).

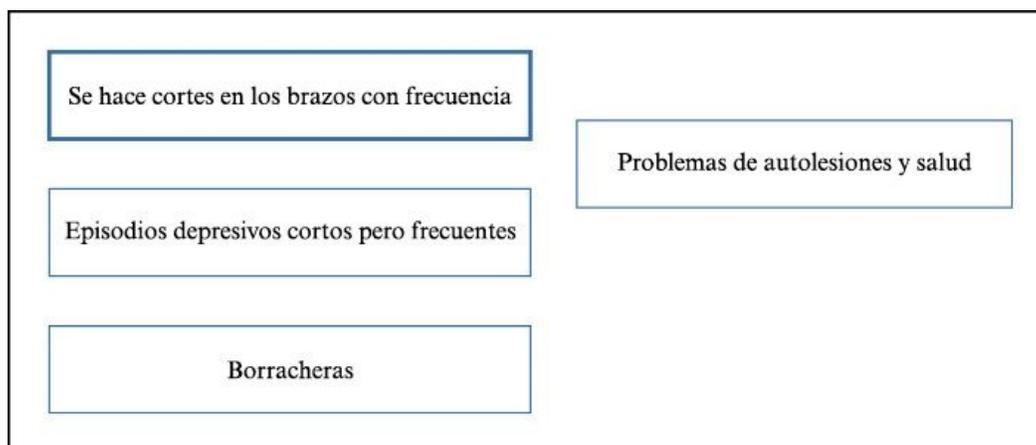


Figura 6.5.—Ejemplo de FACCD que representa un efecto o consecuencia de los problemas del paciente.

2.8. Paso 8: Identifica la forma de las relaciones funcionales entre problemas

Como hemos defendido en el capítulo 3 y ejemplificado en la figura 2.3, los problemas del comportamiento pueden estar relacionados o no entre sí. En caso de estarlo, pueden correlacionar pero sin influir unos sobre otros; o mantener entre sí una relación causal unidireccional, bidireccional, o de otro tipo¹⁰.

El impacto de estas relaciones funcionales sobre la estimación del efecto para cada una de las posibles variables a tratar (focos del tratamiento) se ilustra en la figura 6.6. En este ejemplo, la consumición de alcohol y los cortes en el brazo

venían influidos por los episodios depresivos. Es decir, el FACCD sugería que, cuando la paciente se encontraba deprimida, aumentaba la probabilidad de que se cortara los brazos o que bebiera alcohol y que, por tanto, el estado deprimido podría estar funcionando como factor causal de los otros dos problemas.

Obsérvese también en la figura 6.6 la relación causal bidireccional entre el estado deprimido y el consumo de alcohol, lo que sugiere que, no sólo el estar deprimida aumentaba el consumo de alcohol, sino también que el beber alcohol tendía a aumentar la severidad de la depresión.

El FACCD de esta paciente tiene importantes implicaciones sobre cuál debería ser el foco del tratamiento. Este análisis funcional sugiere que un tratamiento que reduzca los episodios depresivos, o que disminuya sus efectos, también dará lugar a una disminución del comportamiento de hacerse cortes en el brazo (y de los posibles problemas de salud asociados a las lesiones) y de los episodios de consumición de alcohol¹¹.

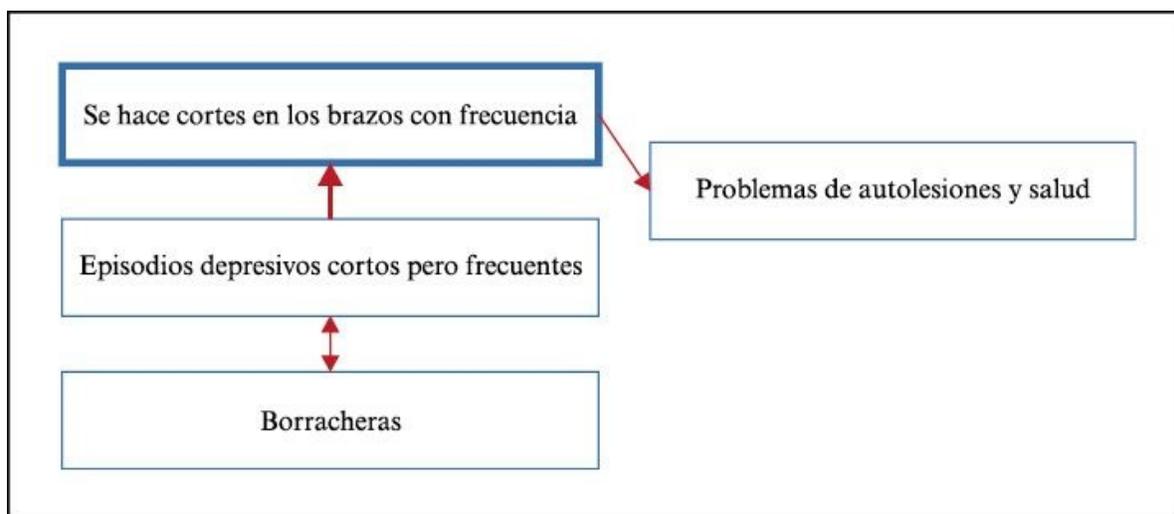


Figura 6.6.—Ilustración de la forma y de la fuerza relativa de las relaciones causales.

Como señalaremos en una sección posterior (véase el paso 17), para poder elegir la mejor forma de actuar sobre las relaciones causales, con frecuencia resulta necesario establecer los mecanismos de actuación de las variables causales y mediadoras. Si se asume que, incluso con un tratamiento eficaz de los episodios depresivos, la paciente va a sufrir algún tipo de episodio depresivo a lo largo de su vida, el clínico debe comprender por qué el estar deprimida lleva a que la paciente se autolesione. Lograr esto requiere que, de alguna forma, se

debilite la conexión causal entre depresión y autolesiones. Por ejemplo, el cortarse podría servir para distraerse de, o interrumpir, sus pensamientos negativos; podría estar asociado a respuestas condicionadas, emocionalmente positivas, adquiridas mediante un aprendizaje anterior, o podría ser un comportamiento que está siendo mantenido porque le proporciona atención por parte de su pareja. Cada una de estas posibilidades va a requerir una estrategia de intervención distinta, si es que se quiere debilitar la relación causal entre el encontrarse deprimida y las autolesiones.

¿Qué ocurriría si la dirección o la forma de las relaciones causales entre los problemas fuera diferente? Por ejemplo, que las autolesiones se dieran fundamentalmente durante los episodios de bebida. En ese caso, un tratamiento que se centrara con éxito en la bebida conduciría probablemente a una reducción de las autolesiones. Éste es un buen ejemplo de un aspecto importante del análisis funcional: pequeños cambios en lo que creemos acerca de nuestros pacientes, en cómo construimos nuestro análisis funcional y FACCD, pueden tener un efecto importante sobre las decisiones de tratamiento.

2.9. Paso 9: Establece la fuerza de las relaciones funcionales entre los problemas

La figura 6.6 también ilustra la fuerza relativa atribuida por el clínico a las relaciones entre los tres problemas de la paciente (de la forma descrita en la figura 2.4 del capítulo 2). Como dijimos antes, la fuerza de una relación causal indica la magnitud que se le atribuye al efecto de una variable (o el grado en el que el cambio en una variable se asocia al cambio en otra variable). La figura 6.6 indica que un cambio en la frecuencia de episodios depresivos tendrá un efecto relativamente fuerte sobre las autolesiones y un efecto relativamente pequeño sobre los episodios de bebida. La diferencia de grado entre estos dos efectos causales depende de los valores de los tres niveles de fuerza, ilustrados en el FACCD por el grosor de la línea (y, si se desea, por valores numéricos, tal como se describe en el apéndice). En este caso hemos limitado la fuerza de las relaciones a tres niveles: fuerte, moderado y débil (la falta de flecha entre dos variables indica que el clínico cree que no existe relación funcional entre ellas). En el capítulo 9 presentaremos estrategias de evaluación para estimar la magnitud del efecto de una variable sobre otra.

2.10. Paso 10: Identifica las variables causales asociadas con los problemas del paciente

Quizá el paso más importante (y el que ofrece mayor dificultad) al desarrollar un análisis funcional es la identificación de las variables causales que afectan los problemas del paciente. La importancia de este paso deriva del hecho de que los tratamientos con frecuencia pretenden modificar las variables causales que supuestamente están produciendo o manteniendo los problemas del paciente. Es un paso difícil porque, como dijimos en el capítulo 4, las variables causales de un determinado problema pueden diferir de un paciente a otro, pueden cambiar a lo largo del tiempo, y pueden diferir en función de la dimensión del problema que se elija, del modo de respuesta a que se atienda, o de la situación concreta en que se da el problema.

La figura 6.7 ilustra varias variables causales asociadas a los episodios depresivos y de auto-lesiones de esta paciente (un FACCD completo incluiría muchas más variables causales). Nótese que las variables se han descrito de forma coherente, con lo que suele ser el foco u objetivo de muchos tratamientos cognitivo-conductuales, ya que apuntan hacia tratamientos que implican la implantación de pensamientos más positivos sobre sí misma y sobre su futuro, la mejora en su funcionamiento interpersonal y el aprendizaje de nuevas estrategias para reducir las ruminaciones negativas. Esto pone de relieve un punto al que ya nos hemos referido en varias ocasiones: las variables causales se deben describir de forma concreta, de tal manera que resulten clínicamente útiles. Obsérvese también la existencia de una variable causal inmodificable: la vulnerabilidad genética (inferida de datos sobre sus antecedentes familiares).

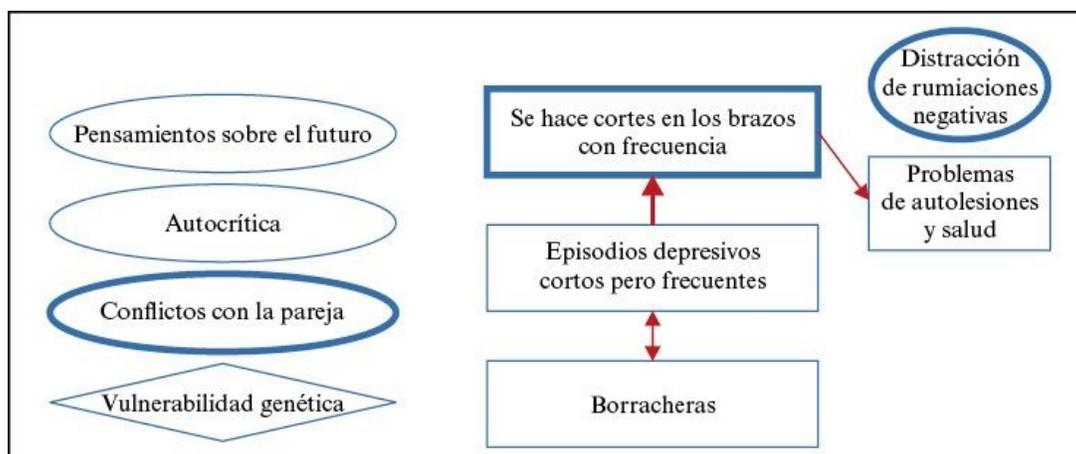


Figura 6.7.—Ejemplo de FACCD con variables causales múltiples.

2.11. Paso 11: Establece la modificabilidad de las variables causales

En el capítulo 5 dijimos que las variables causales pueden diferir en el grado en que pueden modificarse durante la terapia. La utilidad clínica de una variable causal, incluso la de las que tienen relaciones causales fuertes con los problemas de comportamiento, viene limitada por el grado en que el clínico puede cambiarla. El grado de modificabilidad de una variable, como es obvio, influye sobre el análisis coste/beneficio de los efectos del tratamiento, ya que refleja la estimación del clínico del tiempo y el esfuerzo que va a requerir modificarla en comparación con la cantidad de cambio deseado que va a producir. Las variables causales poco modificables son de poca utilidad para el tratamiento. Sin embargo, a veces resultan bastante adecuadas para ayudar a explicar el inicio o el mantenimiento de un problema. La magnitud del efecto global causado por la modificación de una determinada variable causal, sin embargo, también depende de la fuerza de sus relaciones causales con otros problemas y con otras variables causales.

La figura 6.8 ilustra dos niveles de modificabilidad de las variables causales (grande y pequeño) y una variable causal inmodificable (representada mediante un rombo). Este análisis funcional refleja que el clínico cree que los «conflictos con la pareja» son más modificables que los otros factores causales (autocríticas y pensamientos sobre el futuro), ya que ambos miembros de la pareja se mostraron cooperativos y dispuestos a mejorar su relación. La «vulnerabilidad genética», sugerida por una alta tasa de depresión en otros miembros de la familia, es una variable causal inmodificable (véase, sin embargo, lo que hemos dicho sobre las variables moderadoras en el capítulo 4).

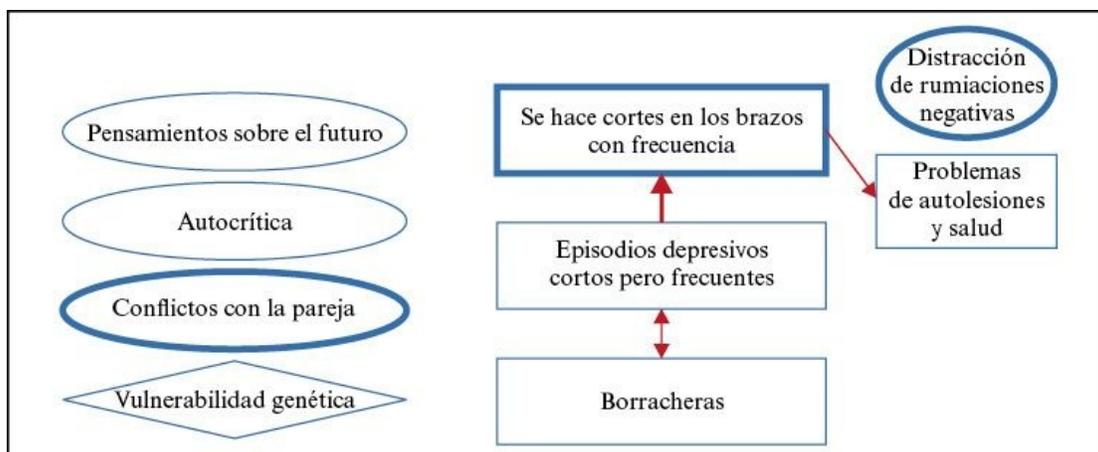


Figura 6.8.—FACCD que ilustra diversos niveles de modificabilidad de las variables causales. El rombo (◇) indica una variable causal poco o nada modificable.

La modificabilidad de las variables causales viene influida por muchos factores, tal como hemos resumido en el capítulo 5.

Dependiendo de su relativa modificabilidad y fuerza del efecto, una variable causal fácilmente modificable pero que se relaciona débilmente con un problema del comportamiento puede ser un objetivo de tratamiento más útil (es decir, tener un efecto mayor) que una variable causal que se relaciona fuertemente con el problema pero que resulta menos modificable. Si se desea, la magnitud del efecto de variables causales que difieren en modificabilidad y fuerza de relación se puede representar de forma cuantitativa, tal como se describe en el apéndice.

2.12. Pasos 12 y 13: Establece la forma y la fuerza de la relación (magnitud del efecto) entre las variables causales y los problemas

Tal como ocurre con las relaciones funcionales entre los problemas, las relaciones funcionales entre las variables causales y los problemas son elementos centrales del análisis funcional. Estas relaciones causales pueden diferenciarse en su forma y en su fuerza relativa (la figura 6.9 ejemplifica tres niveles de fuerza de relaciones causales unidireccionales y bidireccionales).

Dijimos en los capítulos 3 y 4, y también en este mismo capítulo, que la fuerza del efecto de una variable causal depende de las dimensiones y de los modos de respuesta que se estén utilizando. También dijimos que la fuerza del efecto de una variable causal puede cambiar a través del tiempo y de las situaciones. Por ello, para aumentar la utilidad clínica del análisis funcional y del FACCD como

herramientas de ayuda para tomar las mejores decisiones de tratamiento, es importante que el clínico especifique qué aspectos y situaciones de los problemas son los más importantes (cuando las relaciones causales son las mismas, sin importar el modo de respuesta o la situación, tal diferenciación es innecesaria). En la figura 6.9 se ha considerado que los «conflictos con la pareja» eran los que ejercían un mayor efecto sobre los episodios depresivos de la paciente. En el capítulo 9 presentaremos las estrategias para estimar relaciones causales en evaluación clínica.

Tal como se muestra en la figura 6.9, la fuerza de las relaciones causales sobre un problema se representa de la misma forma que la fuerza de la relación de los problemas entre sí.

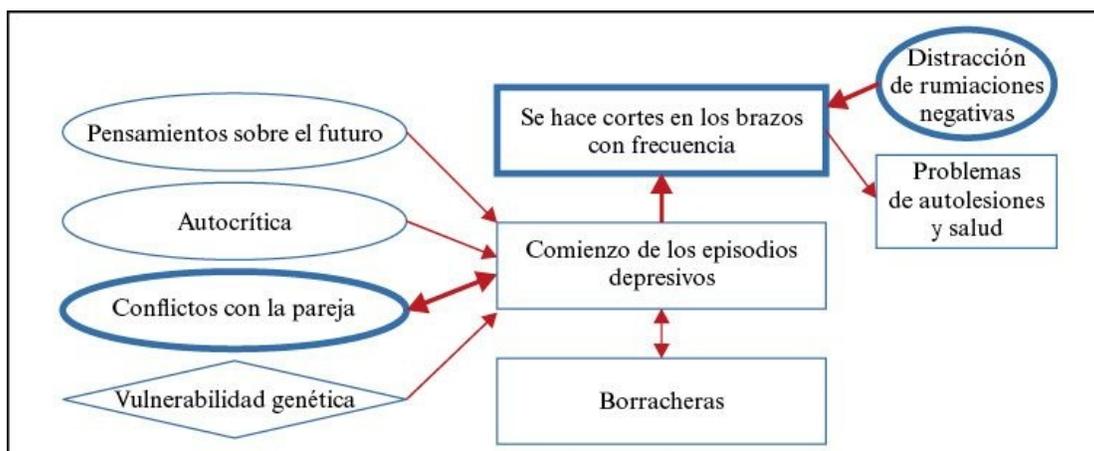


Figura 6.9.—FACCD que ejemplifica diferentes fuerzas y formas (unidireccional, bidireccional) de las relaciones entre las variables causales y los problemas.

2.13. Pasos 14 y 15: Establece la forma y la fuerza de las relaciones entre las variables causales. Identifica las cadenas causales

Como dijimos antes, las variables causales pueden mantener con los problemas relaciones unidireccionales y bidireccionales que difieren en la magnitud de sus efectos. Estas relaciones causales también son importantes para ayudar al clínico a decidir dónde enfocar el tratamiento, ya que señalan las distintas influencias que emanan de cada variable causal.

Podemos ver en la figura 6.10 cómo algunas variables causales son eslabones de cadenas causales (esto es, son elementos de una secuencia de variables causales que afectan en última instancia al problema del paciente). En este caso,

los conflictos entre la paciente y su pareja tenían un efecto directo sobre sus episodios depresivos. Estos conflictos también tenían un efecto indirecto, ya que eran elementos de una cadena causal que conducía a pensamientos negativos sobre sí misma y su futuro, que a su vez contribuía a desencadenar los episodios depresivos (muy probablemente, influían especialmente sobre la duración e intensidad de esos episodios).

El FACCD de la figura 6.10 ilustra además cómo una variable causal puede afectar un problema a través de influencias causales múltiples. La magnitud total del efecto de una variable causal es la suma de todas sus influencias causales.

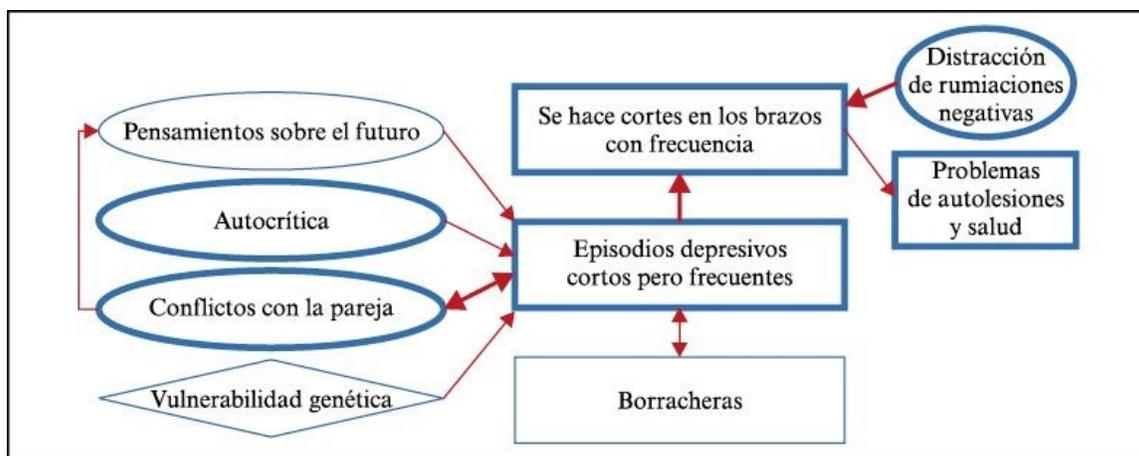


Figura 6.10.—FACCD que ejemplifica diferentes fuerzas y formas de relaciones entre variables causales.

En otro paciente, la cadena causal podría ser: «estresores laborales → rumiaciones negativas sobre los problemas laborales → abuso de sustancias para reducir la obcecación y el nerviosismo por dichos problemas → dificultades para dormir (a causa del uso de la sustancia y de las rumiaciones nocturnas) → sensibilidad aumentada ante estresores ordinarios → problemas conyugales crecientes → aumento de los síntomas de ansiedad y pánico.

Como hicimos notar en los capítulos 1 y 5, las cadenas causales son elementos importantes del análisis funcional porque sirven para indicar varios puntos posibles a los que dirigir la intervención. En la figura 6.10, por ejemplo, podemos disminuir los episodios depresivos mejorando la relación de pareja o reduciendo los efectos de los problemas de pareja sobre los pensamientos negativos de la paciente.

Marlatt (1985) ha defendido que a menudo existe una cadena de

acontecimientos específica asociada a las recaídas después del tratamiento del abuso de sustancias. Esta cadena es la siguiente: exposición del paciente a una situación de riesgo elevado → disminución de la autoeficacia percibida → uso inicial de la sustancia (lapsus) → recaída (uso continuo). Al igual que nuestro énfasis en la importancia de especificar las dimensiones de los problemas de comportamiento, también Marlatt ha sugerido que las variables causales que desencadenan la recaída pueden ser diferentes de las que desencadenaron el abuso original de la sustancia.

2.14. Paso 16: Identifica las variables moderadoras asociadas con las variables causales y con los problemas del paciente

Como definimos en el cuadro 5.2, una *variable moderadora* es una variable que altera la fuerza o la dirección de una relación causal entre otras variables. Vimos como ejemplo que, para algunas personas, el apoyo social puede moderar los efectos de los estresores vitales sobre el estado de ánimo, la ansiedad o los problemas de salud. Las variables moderadoras pueden ser variables ambientales, del comportamiento, cognoscitivas o fisiológicas. Pueden ser componentes importantes de un análisis funcional cuando los problemas del paciente dependen en gran medida de variables causales poco modificables, tales como maltrato o abandono infantil, enfermedad o lesión crónica, agresión sexual u otros acontecimientos traumáticos, una situación laboral penosa pero inevitable, o lesión cerebral.

Una variable moderadora puede funcionar de varias maneras: puede aumentar, disminuir y, en algunos casos, incluso invertir los efectos de una variable causal. En la figura 6.11, por ejemplo, la disminución de apoyo social puede aumentar el grado o la probabilidad de que los conflictos conyugales de la paciente conduzcan a episodios depresivos. Para esta paciente, el clínico estimaba que un mayor apoyo social podría atenuar los efectos negativos de los problemas de pareja (véase en el paso 18 lo que decimos sobre la dirección de las relaciones funcionales).

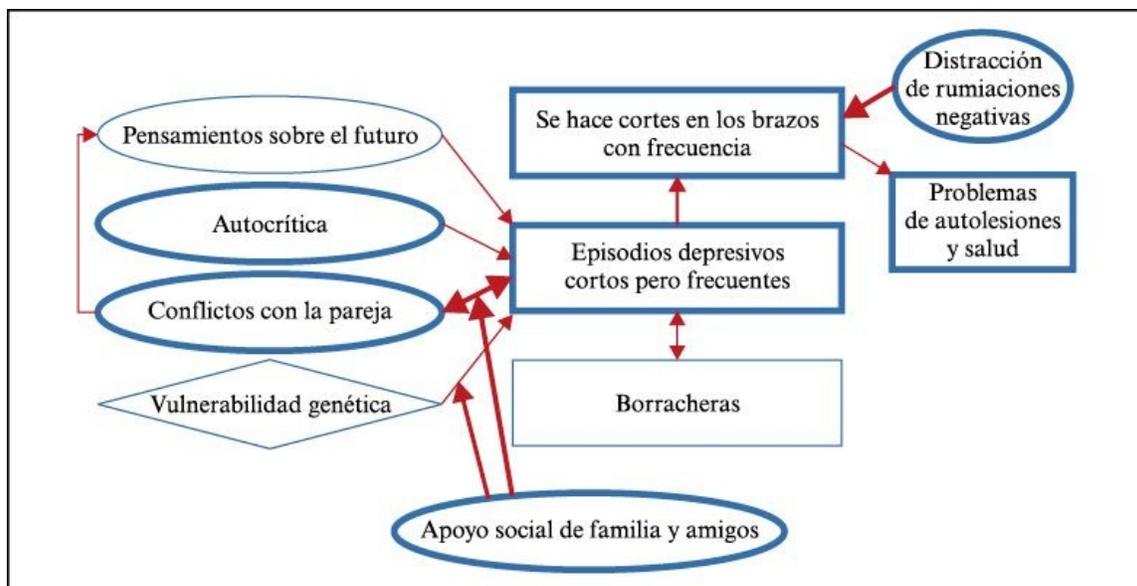


Figura 6.11.—FACCD que ilustra una variable moderadora (apoyo social) que afecta el grado en el que los problemas de pareja y los factores genéticos influyen sobre los episodios depresivos de la paciente.

La utilidad clínica de una variable moderadora se relaciona de forma inversa con la modificabilidad de las variables causales. Para la paciente de la figura 6.11, la importancia clínica de centrar el tratamiento en el apoyo social depende en parte de lo modificables que sean los conflictos con la pareja y los factores genéticos. Es decir, el apoyo social sería un objetivo particularmente importante del tratamiento si la pareja de la paciente no cooperara con el tratamiento y si los factores fisiológicos asociados a las influencias genéticas no pudieran cambiarse.

Determinado tipo de situaciones contextuales también pueden ejercer como variables moderadoras. Por ejemplo, los efectos de los conflictos conyugales sobre el estado de ánimo podrían venir moderados por la exposición de la paciente a otros factores estresantes. El conflicto podría llevar a un estado de ánimo más positivo¹² en un contexto en el que la paciente estuviera molesta porque su cónyuge se desentiende de la relación o por su falta de expresión emocional.

2.15. Paso 17: Identifica los mediadores de las relaciones causales de los problemas del paciente

Como también explicamos en la cuadro 5.2, una *variable mediadora* es similar a un mecanismo causal (explica «cómo» o «a través de qué» una variable

causal influye sobre un problema del comportamiento). Para la paciente de la figura 6.11, una variable mediadora abordaría la cuestión de por qué, cómo o de qué manera los conflictos de pareja desencadenaban el estado de ánimo deprimido.

Algunas variables mediadoras de las relaciones causales entre los conflictos de pareja y el estado de ánimo deprimido se incluyen en el FACCD de la figura 6.11. El FACCD sugiere que sus conflictos en la relación conducen a un estado de ánimo deprimido, en parte, porque aumentan la autocrítica y los pensamientos negativos de la paciente sobre su futuro. En otros pacientes, los conflictos de pareja podrían afectar el estado de ánimo porque reducen las interacciones positivas de la pareja, interrumpen las relaciones sociales extraconyugales, aumentan las interacciones desagradables prolongadas entre ambos, o porque se recurre a la bebida para reducir la tensión.

Como hemos dicho, las variables moderadoras y mediadoras son componentes importantes del análisis funcional porque pueden sugerir múltiples puntos sobre los que dirigir la intervención. Ya hemos expuesto varias formas en las que nuestro FACCD puede sugerir focos de tratamiento para la paciente de la figura 6.11: *a)* ayudando a la pareja a reducir la frecuencia, intensidad o duración de sus conflictos; *b)* reduciendo en la paciente los pensamientos negativos que siguen a dichos conflictos; *c)* aumentando el apoyo social que recibe, o *d)* abordando otros posibles mediadores/moderadores tales como mantener interacciones positivas durante los períodos de conflicto, reduciendo la duración de las interacciones negativas, o reduciendo el abuso de alcohol tras los conflictos.

Las variables moderadoras y mediadoras son tipos de variables causales. En los capítulos 7 y 8 se presentarán los principios y métodos para identificarlas y para estimar la fuerza de sus efectos en situaciones clínicas.

2.16. Paso 18: Establece la dirección de los efectos de las relaciones funcionales

Las variables causales pueden tener una relación positiva o negativa con los problemas. En una *relación funcional positiva*, un aumento en una variable se asocia a un aumento en la otra variable. En una *relación funcional negativa*, un aumento en una variable se asocia a una disminución de la otra variable. Como hemos dicho en el paso 17, las variables moderadoras pueden aumentar o

disminuir la relación causal entre otras variables.

En un FACCD, si no se indica lo contrario, las variables se supone que mantienen una relación positiva. Si no es así, deben ir acompañadas de un signo negativo (-). En la figura 6.12, hemos indicado los efectos moderadores del apoyo social con el signo -, para indicar que un aumento del apoyo social conllevará una disminución del grado en que los conflictos de pareja van a desencadenar un estado de ánimo deprimido en la paciente.

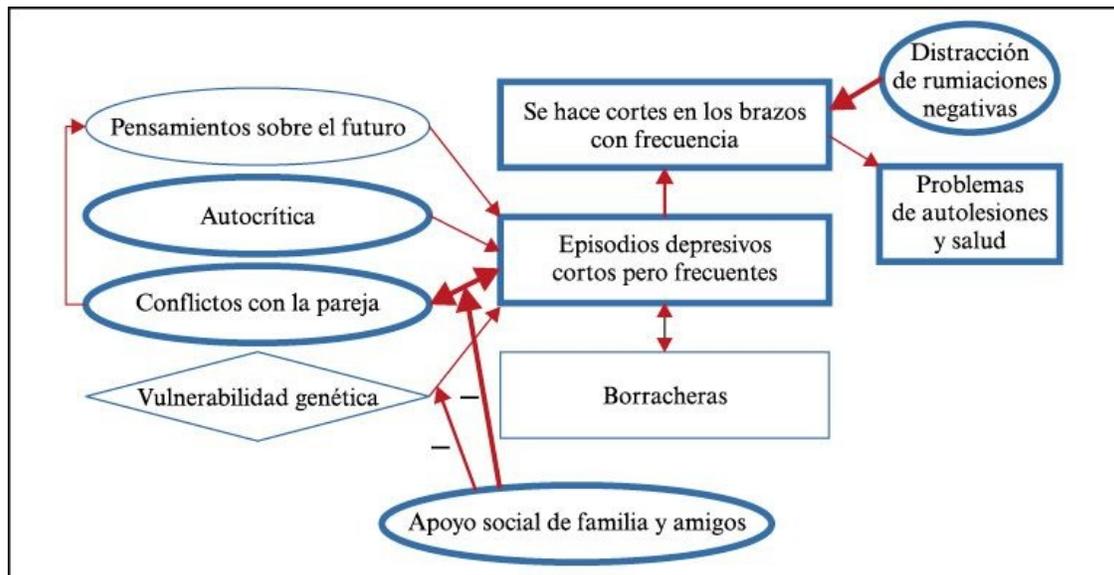


Figura 6.12.—FACCD que ilustra la dirección del efecto (negativo) de una variable moderadora (el apoyo social). Para esta paciente, el aumento del apoyo social disminuiría el grado en el que los conflictos de pareja desencadenan episodios depresivos.

La dirección de una relación funcional depende de cómo se definen o se etiquetan las variables. Por ejemplo, el «apoyo social» tendría una relación causal negativa, mientras que la «disminución del apoyo social» tendría una relación causal positiva con los episodios depresivos. De igual forma, la dirección del efecto se invertiría si la variable dependiente se etiquetara como «estado de ánimo positivo».

CUADRO 6.4

Recordando la naturaleza condicional y dinámica de las relaciones causales

Como indicamos en el capítulo 5, las relaciones causales pueden ser dinámicas y condicionales (esto es, pueden cambiar a lo largo del tiempo, de las situaciones y de los valores de las variables). Recordamos esto

otra vez para advertir al clínico contra una interpretación sobresimplificada de sus FACCD. Recuérdese, pues, que:

1. Las relaciones causales pueden cambiar a lo largo del tiempo (los factores que afectan el estado de ánimo deprimido del paciente pueden ser diferentes en el futuro).
2. Las relaciones causales pueden diferir de una situación a otra (los factores que afectan al estado de ánimo deprimido del paciente pueden diferir en función de su estado de salud, la situación social, u otros factores).
3. Una variable causal (incluyendo las variables moderadoras) puede tener efectos múltiples, que pueden variar en su dirección. Por ejemplo, un aumento de los estresores vitales puede aumentar las autovaloraciones negativas (una relación causal positiva sobre la depresión) y, a la vez, aumentar el apoyo de los amigos (que podría ejercer una acción moderadora negativa sobre la depresión).
4. La magnitud total del efecto de una variable causal es igual a la suma de todas sus influencias causales, positivas y negativas.

2.17. Paso 19: Identifica las variables importantes del sistema social

La mayoría de los modelos de formulación de casos clínicos, y en particular el análisis funcional, dan una especial importancia a los acontecimientos temporalmente contiguos (es decir, estrechamente unidos en el tiempo), bien antecedentes, bien consecuentes, y a las circunstancias ambientales relacionadas con los problemas del paciente y con sus metas de tratamiento. Sin embargo, como dijimos en el capítulo 5 y se ejemplificaba en la figura 5.4, algunos factores causales importantes son acontecimientos distantes o situaciones sociales más generales. Así, las cadenas de variables causales que afectan el problema de un paciente a menudo son el comportamiento de otras personas. El comportamiento de la pareja, los padres, los miembros del personal hospitalario o los profesores, puede tener efectos positivos o negativos importantes sobre el paciente. El comportamiento de estas personas, a su vez, puede venir influido por circunstancias, estresores o problemas ambientales muy variados.

Debido a que, en última instancia, afectan al paciente, las acciones de otras personas y las situaciones que afectan dichas acciones pueden ser componentes importantes de un análisis funcional. En el capítulo 2 dábamos el ejemplo de la madre de un niño revoltoso, cuyas interacciones con el niño (y su incapacidad para colaborar en el tratamiento) estaban fuertemente influidas por el ambiente en que vivía, caracterizado por violencia doméstica y otros estresores vitales. De forma semejante, las interacciones de miembros del personal psiquiátrico con los pacientes pueden estar influidas por su entrenamiento, sistema de supervisión, problemas personales, o normativa del hospital. A veces, el desarrollo de un

análisis funcional válido y clínicamente útil requerirá que el terapeuta considere factores del sistema social general en el que se encuadra el problema del paciente.

La inclusión de variables del sistema social general es particularmente relevante en el análisis funcional de los problemas de los niños, de los adolescentes y de las personas institucionalizadas.

Un principio rector para el análisis funcional debe ser: atiende a los factores que afectan las acciones de las personas cuando esas personas ejercen un efecto importante sobre el paciente.

La figura 6.13 ilustra cómo los «conflictos con la pareja» estaban afectados por la bebida del marido, que, a su vez, era su propia respuesta a sus problemas laborales.

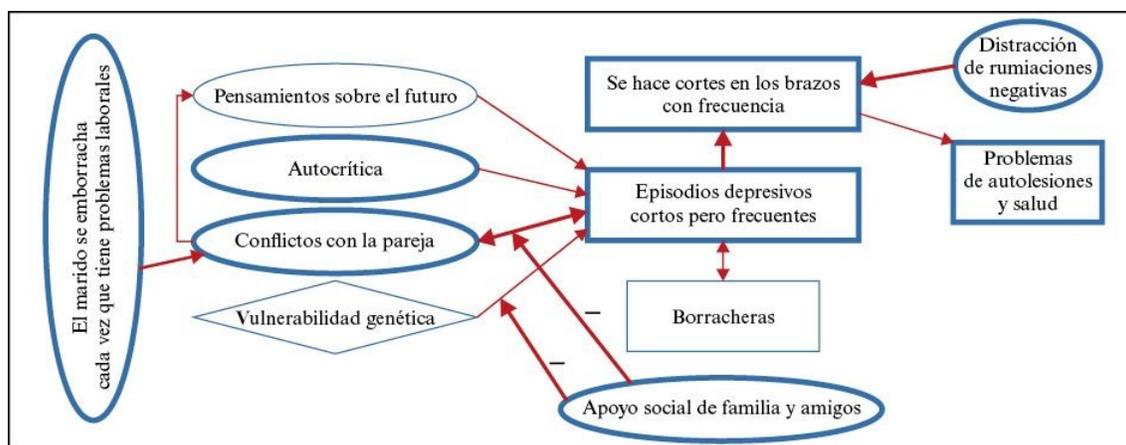


Figura 6.13.—FACCD que ilustra la importancia de los factores de los sistemas sociales. Para esta paciente, los conflictos conyugales estaban parcialmente influenciados por la consumición de alcohol del marido.

2.18. Paso 20: Identifica clases de respuestas funcionales

La especificación de los problemas del paciente y de sus metas de tratamiento, y de las variables que los afectan, ayudan al clínico a determinar si los problemas y las metas forman clases funcionales de respuesta. Ilustramos una clase funcional de respuesta en la figura 2.12 (véase capítulo 2), donde varios problemas (abuso de drogas, alcohol y medicación) estaban influidos por los mismos factores antecedentes y consecuentes. En estos casos, no hay necesidad de señalar influencias causales separadas para cada problema, ya que la modificación de una

variable causal producirá cambios en todos los elementos de la clase de respuesta.

Las clases funcionales de respuesta son elementos importantes del análisis funcional y del FACCD porque pueden aumentar su parsimonia y su utilidad clínica. Cuando varios problemas topográficamente diferentes están influidos por las mismas variables, pueden representarse juntos en el FACCD.

Las clases funcionales de respuesta son también un concepto importante en el diseño de algunos programas de intervención. Los clínicos a veces hacen que los pacientes tengan comportamientos y pensamientos que tienen la misma función que los comportamientos problemáticos. Ejemplos de esto son las alternativas verbales o no verbales a las autolesiones como estrategia para comunicarse con otras personas, o la relajación o meditación como alternativa al uso de alcohol u otras drogas para reducir la ansiedad y la tensión.

2.19. Paso 21: Incluye los problemas y las variables y relaciones causales hipotéticas

Como ilustramos en la figura 2.10 (véase capítulo 2), los clínicos a veces proponen problemas y variables y relaciones causales en un análisis funcional sin un apoyo suficiente en los datos de la evaluación. La información obtenida mediante entrevistas, cuestionarios u observación puede sugerir variables causales que posiblemente están afectando al paciente, pero sin proporcionar suficiente evidencia que confirme dicha hipótesis. A veces, los datos son conflictivos entre sí. Por ejemplo, los datos de la entrevista y de la observación pueden discrepar sobre el grado en el que las inconsistencias de las respuestas del personal contribuyen al comportamiento agresivo de un paciente psiquiátrico. O podemos tener datos conflictivos sobre el grado en el que los problemas de sueño de un paciente son un resultado de rumiaciones a la hora de acostarse. Sólo en algunos casos podemos asentar la actuación de una variable causal basándonos en resultados de investigación firmes.

Para la paciente, en la figura 6.14, existían signos indirectos, sutiles y conflictivos durante las entrevistas con el marido y la esposa de que la paciente a veces utilizaba la cocaína durante sus episodios de bebida y de que el uso de cocaína aumentaba la probabilidad de que ella se auto-lesionase. Los elementos hipotéticos en un análisis funcional pueden ser útiles a los clínicos porque indican

la necesidad de recabar información adicional.

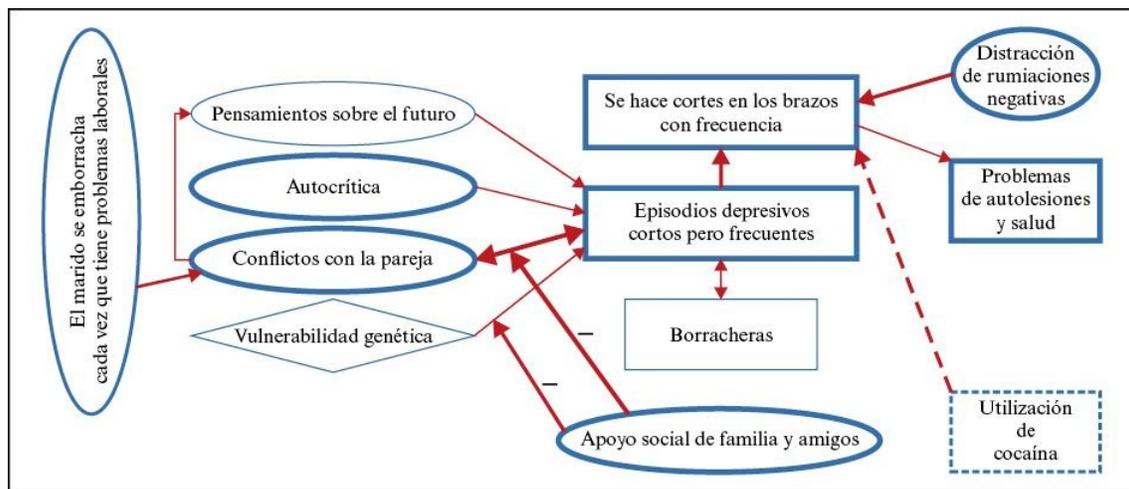


Figura 6.14.—Ejemplo de FACCED sobre la inclusión de variables y relaciones causales hipotéticas (relacionadas con el consumo de cocaína).

2.20. Paso 22: Continúa reevaluando y refinando

Como dijimos en el capítulo 1, el análisis funcional es simplemente una hipótesis de trabajo, realizada en un momento temporal determinado, que representa un modelo causal hipotético de los problemas y metas de tratamiento de un paciente. Aunque siempre sea subjetivo y una «aproximación», asumimos que el análisis funcional se basa en las mejores estrategias de evaluación disponibles, tal como se describen en los capítulos 7 y 8. Sin embargo, debido a limitaciones en nuestra tecnología de evaluación, y a los prejuicios y limitaciones cognitivas de los clínicos y de los pacientes, así como a otras restricciones del proceso de evaluación, el clínico debe asumir que el análisis funcional de un paciente es imperfecto, conlleva errores de omisión y de comisión, y que cambiará a través del tiempo.

Las limitaciones inherentes a cualquier formulación de un caso clínico ponen de relieve la importancia de utilizar varias estrategias en el desarrollo y valoración de un análisis funcional:

1. Comprueba tu análisis funcional. Recoge datos que podrían refutar sus elementos. Éste es un principio básico de cualquier ciencia del comportamiento. Los conflictos con la pareja, ¿realmente aumentan la probabilidad de las

autoafirmaciones negativas de la paciente? ¿Son realmente los conflictos de esta pareja fácilmente modificables?

2. Cuando resulte adecuado (esto es, cuando se haya redactado de una forma constructiva, no tenga efectos reactivos adversos y no viole la confidencialidad), discute el análisis funcional con el paciente u otras personas importantes en su vida (v.g., padres, miembros del personal o psicólogos asesores). Su opinión podría ayudar a refinar el análisis funcional y a aumentar su validez y utilidad clínica.

3. Asume que el análisis funcional cambiará a lo largo del tiempo. Por ello, continúa la evaluación a lo largo de todo el proceso de evaluación y tratamiento.

4. Aborda los desacuerdos con el paciente sobre el análisis funcional de una manera respetuosa, constructiva y de apoyo. Recuerda el paso 1, sobre el respeto de los derechos del paciente en las decisiones de evaluación y de tratamiento y sobre el mantenimiento de una relación positiva clínico-paciente.

RESUMEN

En este capítulo hemos resumido en 22 pasos el desarrollo de un análisis funcional y la construcción de un diagrama clínico analítico-funcional del caso. Estos pasos son:

1. Mantener el respeto por los derechos del paciente, así como una relación positiva con el mismo.
2. Asegurar la seguridad del paciente y valorar si es conveniente remitirlo a otro tipo de profesional.
3. Identificar los problemas del paciente y especificar sus facetas, modos de respuesta, dimensiones, importancia y efectos.
4. Identificar la forma, la fuerza y la dirección de las relaciones funcionales entre los problemas.
5. Identificar las variables causales y establecer su modificabilidad, forma y fuerza de sus relaciones con los problemas del paciente.
6. Establecer la forma, fuerza y dirección de las relaciones entre las variables causales.
7. Identificar variables moderadoras y mediadoras asociadas con los problemas del paciente.
8. Identificar variables importantes en el sistema social.
9. Identificar clases de respuestas funcionales.
10. Proponer variables y relaciones hipotéticas que podrían ser importantes.
11. Continuar reevaluando y refinando el análisis funcional.

[1](#) Algo que se encuentra legislado en España —Ley 41/2002 de 14/11/2002, BOE 274, de 15/11/2002: www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf— y varias comunidades autónomas (v.g., Cataluña —BOE 02/02/2001— y Extremadura —BOE 05/08/2005).

[2](#) Ley 1/1996, BOE 15 de 17/01/1996: www.boe.es/boe/dias/1996/01/17/pdfs/A01225-01238.pdf; o de violencia de género (Ley 27/2003, BOE 183 de 01/08/2003: www.boe.es/boe/dias/2003/08/01/pdfs/A29881-29883.pdf).

[3](#) Fals-Stewart, Birchler, y Kelley (2003) y la Escala de Tácticas de Conflicto (Straus, Hamby, Boney-McCoy, y Sugarman, 1996).

[4](#) Ciminero (1986); Fernández-Ballesteros (2004); Mash y Hunsley (1990); Sisson y Taylor (1993).

[5](#) Areas of Change Checklist (Gottman, 1999) y el listado de observaciones del cónyuge (Spouse Observation Checklist; Birchler, Weiss y Vincent, 1975).

[6](#) Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991a, 1991b, 1991c; Achenbach y Edelbrock, 1980); en castellano pueden verse, por ejemplo, Albores et al. (2007) y Montiel et al. (2007).

[7](#) Behavioral Assessment System for Children (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992); y, en castellano, Márquez y Hernández (1987) y Pineda et al. (1999).

[8](#) Behavioral Evaluation Scale-2 (McCarney y Leigh, 1990).

[9](#) En los capítulos 7 y 8 presentaremos métodos de entrevista que ayudan a especificar las áreas problemáticas de un paciente y sus relaciones causales. También pueden verse los libros de Haynes y O'Brien (2000), Haynes y Heiby (2004) y Hersen (2006a, b).

[10](#) Hay relaciones funcionales complejas, tales como relaciones no lineales catastróficas y parabólicas, que pueden consultarse en Haynes (1992).

[11](#) Recuérdense que estas ilustraciones son siempre FACCD incompletos, ya que puede haber otras muchas variables implicadas en los problemas del paciente. Como hemos repetido varias veces, lo que el clínico debe asegurar es que las variables representadas en su análisis funcional y en el FACCD son *importantes* y *controlables*.

[12](#) Este cambio en la dirección de la relación causal (en este caso concreto, de negativo a positivo) se conoce como «reversión del valor de la relación causal» (véase más adelante el paso 18).

7

Evaluación conductual y análisis funcional

1. ANÁLISIS FUNCIONAL Y MEDICIÓN

Los capítulos anteriores han presentado el análisis funcional como un acercamiento científico a la toma de decisiones clínicas¹. Los avances en cualquier campo científico dependen de la tecnología de medición disponible en esa disciplina (esto es, el grado en el que los fenómenos centrales pueden medirse con exactitud). La *medición*, el proceso de asignar números a las dimensiones de un atributo (tales como frecuencia, intensidad o duración de los episodios maníacos de una persona) es la tecnología fundamental de una ciencia.

La *exactitud* de una medida es el grado en el que representa el atributo que está siendo medido.

Sin la medición exacta de los elementos de un análisis funcional, como la frecuencia o la fuerza de las relaciones causales de los problemas de un paciente, no podemos describir con precisión el comportamiento o entender los factores que lo influyen.

La medición es especialmente importante en el análisis funcional, ya que la validez y utilidad de éste queda limitada por la validez de las medidas sobre las que se basa.

Para entender y para explicar los problemas de una persona (de tal forma que podamos planificar una intervención efectiva) debemos medir con exactitud las dimensiones de dichos problemas y las variables y las relaciones causales que los influyen, así como los cambios en esas variables a través del tiempo.

Con una medición inadecuada, el análisis funcional puede falsificar o no

representar por completo el comportamiento y las variables causales relevantes de una persona. Así ocurre, por ejemplo, cuando las medidas utilizadas son inválidas o poco específicas, o cuando se dejan de lado variables importantes.

Hay muchos modelos de evaluación que enfatizan una medición exacta. Entre otros, la evaluación neuropsicológica, la psicofisiológica y la de la personalidad². Sin embargo, la evaluación conductual es quizá el modelo de evaluación más congruente con los conceptos intrínsecos del análisis funcional.

Los principios y métodos de la evaluación conductual se adaptan bien a las características de los problemas y de las relaciones causales delineadas en capítulos anteriores (véase un ejemplo en la tabla 7.1). De hecho, muchos elementos del análisis funcional se han derivado del modelo de la evaluación conductual. En las secciones siguientes, repasaremos algunos principios y métodos intrínsecos de evaluación conductual y su aplicación al análisis funcional.

2. EVALUACIÓN CONDUCTUAL Y ANÁLISIS FUNCIONAL

La evaluación conductual es un acercamiento conceptual y metodológico a la evaluación psicológica que hace hincapié en dos aspectos esenciales del análisis funcional: *a*) la medición precisa de los problemas del comportamiento y de las variables y relaciones causales, y *b*) la inferencia de juicios clínicos válidos basándose en dichas mediciones.

Las metas últimas de la evaluación conductual (y del análisis funcional) son describir, predecir y, especialmente, explicar el comportamiento celda-grishumano³.

La *descripción* del comportamiento humano incluye tres elementos: *a*) el diagnóstico formal de los problemas de una persona (v.g., mediante el sistema diagnóstico descrito en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR, de la APA, 2000); *b*) la identificación y especificación de los problemas, puntos fuertes y metas de tratamiento de la persona, y *c*) la especificación de los sucesos y circunstancias ambientales, interpersonales, fisiológicos y físicos relacionados con su comportamiento (v.g., la especificación

de sus problemas cotidianos, de su ambiente social y de las consecuencias de su comportamiento).

La *predicción* del comportamiento humano en el contexto de las intervenciones clínicas consiste, fundamentalmente, en estimar la respuesta más probable de una persona a un tratamiento, la probabilidad de que una persona recaiga tras la terapia, el grado en que será vulnerable ante las adversidades de la vida, la probabilidad de que un determinado comportamiento se dé en el futuro, y la probabilidad de que un comportamiento presente siga un cierto curso temporal, tal como las convulsiones, la agresión, los intentos de suicidio, el fracaso académico o los episodios maníacos.

Como hemos dicho en varias ocasiones, la *explicación* del comportamiento humano es una meta central de la evaluación conductual y del análisis funcional. Ejemplos de explicaciones son: *a)* la identificación y especificación de los factores que desencadenan o mantienen los problemas de una persona; *b)* los factores que influyen sobre el logro de las metas de tratamiento; *c)* la acción de variables moderadoras; *d)* las variables mediadoras y los mecanismos causales que explican las relaciones entre los acontecimientos causales pasados y el problema actual de una persona, y *e)* celda-gris los factores contextuales asociados a los problemas y a sus causas. Por ejemplo, con frecuencia pretendemos comprender las variables que explican el grado en el que experiencias traumáticas muy anteriores afectan el funcionamiento social y emocional posterior, o los factores que moderan la relación causal entre dolor y depresión, o los mecanismos biológicos que explican los efectos de sensibilización o desensibilización ante una breve dificultad.

Como hemos señalado, el grado en el que se pueden alcanzar estas metas de la ciencia clínica y del análisis funcional depende en parte de la exactitud con la que se miden los acontecimientos conductuales, cognitivos, fisiológicos, emocionales y ambientales. En última instancia, la validez de los distintos juicios que constituyen el análisis funcional depende del grado en que se basan en las mejores medidas científicas disponibles de personas, procesos y acontecimientos. Los juicios celda-gris clínicos que componen el análisis funcional podrán ser válidos si se basan en medidas con apoyo empírico, exactas, específicas y sensibles al cambio.

La evaluación conductual es un modelo de evaluación dinámico, inclusivo, basado en la ciencia y con un sistema interrelacionado de conceptos, métodos y estrategias. Es dinámico porque sus métodos y estrategias evolucionan para

incorporar los resultados de la investigación empírica existentes en cada momento. La capacidad de todo el sistema de evaluación se mejora continuamente incorporando nuevos progresos tecnológicos y conceptuales (tales como el muestreo puntual ecológico descrito en el capítulo 8). Es un acercamiento de evaluación psicológica basado en la ciencia porque recomienda la utilización de estrategias y métodos de medida validados, así como la realización de experimentos clínicos en condiciones cuidadosamente controladas.

La evaluación conductual es un modelo tanto conceptual como metodológico. De acuerdo con nuestra descripción de la naturaleza de los problemas y de las relaciones funcionales (capítulo 3 a 5), la evaluación conductual enfatiza que el análisis funcional se fortalece con:

1. *El examen del contexto de los problemas de comportamiento y de las metas de tratamiento.* De acuerdo con su énfasis en las relaciones funcionales de los problemas de comportamiento, la evaluación conductual acentúa la naturaleza condicional y contextual del comportamiento. Esto es, que la frecuencia, duración e intensidad de los problemas con frecuencia varían según el contexto. Como observamos en los capítulos 1 y 2, la naturaleza condicional de la mayoría de los problemas de comportamiento (y de sus comportamientos positivos alternativos) se encuentra bien documentada. Los comportamientos agresivos del paciente, sus afirmaciones delirantes, sus comportamientos autolesivos, sus habilidades de comunicación, su ansiedad social, sus estados negativos y positivos de humor, sus conflictos matrimoniales, o sus problemas al dormir pueden variar en severidad, duración y frecuencia dependiendo de su ambiente social, de la presencia de estímulos condicionados de miedo, de su historia reciente de relaciones interpersonales, de su nivel de fatiga, de lo medicado que esté o de las dificultades por las que acaba de pasar.

Encontrar durante la evaluación conductual pretratamiento que el problema de un paciente varía según el contexto tiene importantes implicaciones para el análisis funcional, ya que indica que es probable que las variables causales estén funcionando de forma diferente según el contexto, lo que ayuda al clínico en su búsqueda de dichas variables causales. Por ejemplo, si un niño es más distraído, agresivo o prosocial en una clase que en otra, o en presencia de un determinado adulto, probablemente se deba a que existen diferencias en el ambiente de ambas clases o en el comportamiento de dicho adulto que desencadenan o mantienen los comportamientos del niño. Quizá ese adulto utiliza estrategias de control del

comportamiento más sistemáticas, o una clase contiene compañeros más hiperactivos, o un profesor proporciona expectativas más claras y recompensas más sistemáticas por el comportamiento positivo.

El concepto de *contextualismo* afecta las estrategias de evaluación del comportamiento. Por ejemplo, la entrevista conductual se centra a menudo en cómo varían los problemas de un paciente según el contexto y como función de condiciones antecedentes, como se ilustrará en el caso de la familia Gómez (véase más adelante, al final de este capítulo). En contraste, otros tipos de entrevista y los cuestionarios, en especial las entrevistas diagnósticas y los cuestionarios de personalidad, acentúan las descripciones del comportamiento, tales como síntomas actuales, su historia, y su severidad. La naturaleza condicional de los problemas de comportamiento también acentúa la utilidad de los autorregistros, de la observación análoga y de la observación en el medio natural para recoger datos del paciente en distintos ambientes.

Hemos hecho hincapié también en la naturaleza contextual del análisis funcional (capítulo 5). Es decir, el conjunto de relaciones causales que afectan un problema de comportamiento, así como la forma y la fuerza de dichas relaciones, pueden variar según el contexto (v.g., en el hogar en comparación con la escuela o el hospital, o cuando se está tomando medicación en comparación con cuando no se la toma).

2. La utilización de métodos múltiples de evaluación y de fuentes múltiples de información. La evaluación conductual destaca la adquisición de datos a través de métodos múltiples (tales como la observación directa y las entrevistas funcionales) y de fuentes múltiples (tales como pacientes, pareja, padres, miembros del personal, evaluaciones anteriores, o profesores) para mejorar la validez de los juicios que componen el análisis funcional.

Es más probable que los juicios clínicos sean válidos cuando se basan en múltiples métodos y fuentes de evaluación, ya que cada método y cada fuente posee sus propios pros y contras (véase un resumen en la tabla 7.1).

Al evaluar los problemas de comportamiento y sus causas, cada método de evaluación proporciona información única, pero también posee fuentes de error únicas. Por ejemplo, las entrevistas al propio paciente pueden ser útiles para captar las actitudes y las creencias de una persona sobre los acontecimientos ambientales que aumentan su ansiedad social. Sin embargo, dichos informes están sujetos a errores y sesgos de memoria que amenazan la validez de los datos.

Cuando una persona autoobserva sus niveles de ansiedad social a lo largo del tiempo y de distintas situaciones, puede ayudar en la identificación de potenciales desencadenantes ambientales. Sin embargo, la validez de estos datos puede venir influida por la forma en que la persona hace su autorregistro (v.g., registrando el episodio de pánico y sus circunstancias en el momento en que se da, o registrándolo más tarde, cuando tiene tiempo u ocasión).

Los métodos de evaluación también difieren en su sensibilidad a los diversos modos de respuesta. Las acciones, tales como habilidades sociales de interacción, agresión verbal o discusiones entre miembros de la familia, son susceptibles de observación en la clínica y en el medio natural. Los acontecimientos menos observables, como emociones, expectativas, dolor o pensamientos negativos pueden cuadrar más con métodos de autoinforme como entrevista, cuestionarios o autorregistros.

La perspectiva y los sesgos referentes al comportamiento propio y de los demás y sus relaciones funcionales pueden también variar según quien contesta. Diferentes personas pueden presenciar el comportamiento del paciente en distintos ambientes y, por tanto, proporcionar informes muy distintos entre sí, cada uno de los cuales suministra un tipo de información única. Por ejemplo, el informe de un profesor puede reflejar el comportamiento de un niño en la escuela, mientras que el informe de su padre reflejará los comportamientos observados en el hogar.

Los datos de diversas fuentes pueden también estar sesgados de manera distinta. Por ejemplo, las diferencias entre dos informes de enfermeras sobre un paciente podrían reflejar diferencias en sus expectativas sobre el comportamiento apropiado del paciente, las interacciones positivas o negativas recientes que cada una ha experimentado con el paciente, o diferencias en su humor cuando recogían los datos.

Es especialmente importante basar los juicios clínicos en métodos de evaluación que complementen los autoinformes del paciente. Muchos especialistas en evaluación (v.g., Eid y Diener, 2006) han resumido los problemas de confiar sólo en el autoinforme del paciente (o de otra persona) al evaluar los problemas, sus causas y circunstancias, o el proceso y los resultados del tratamiento.

En resumen, la integración de datos clínicos procedentes de múltiples métodos y fuentes puede aumentar la validez interna y ecológica de nuestros juicios sobre los problemas de un paciente: a) reduciendo el impacto de los errores

particulares de cada método y fuente; *b*) aumentando los contextos de los que derivamos los datos de la evaluación; *c*) proporcionando medidas adicionales de los problemas de comportamiento y de sus variables causales, lo que puede permitir una mejor comprensión del caso y la derivación de un tratamiento más apropiado.

Las ventajas proporcionadas por métodos e informadores múltiples se darán sólo si los datos recogidos de cada método son válidos. Por ejemplo, la validez de nuestros juicios clínicos sobre los factores causales del dolor crónico de un paciente, derivados de entrevistas con él, no aumentará entrevistando a su pareja si ésta está sesgada, le hace poco caso o ni se da cuenta. Cuando se añaden datos menos válidos que los que ya poseemos, la validez de nuestros juicios clínicos puede disminuir.

3. *El uso de variables específicas y poco abstractas e inferenciales.* De acuerdo con el énfasis puesto en los capítulos 3 y 4 sobre el uso de variables específicas en el análisis funcional, la evaluación conductual acentúa medidas del comportamiento concreto y de sus circunstancias específicas. Los conceptos de alto orden, poco específicos y muy heterogéneos, especialmente los diagnósticos psiquiátricos y los rasgos de personalidad, están integrados por elementos múltiples que pueden diferir según la persona (véase la figura 3.1, para un ejemplo de diversos niveles de especificidad en el trastorno depresivo mayor).

La exactitud y la utilidad de los juicios clínicos con frecuencia pueden mejorarse utilizando conceptos más específicos o de nivel inferior, descritos de forma más concreta. Tal como se ha ilustrado en la figura 3.1, por ejemplo (véase capítulo 3), la escala de evaluación conductual suele medir los pensamientos específicos y las interacciones sociales concretas de los pacientes diagnosticados con «depresión mayor» más que, o además de, medir el constructo de alto orden de «depresión», que se compone de todas esas variables.

Como se recordará, la *especificidad* se refiere al número de facetas o de fuentes de variación en una medida o una variable. Las medidas y variables más específicas incluyen pocas facetas y fuentes de variación y, por tanto, facilitan interpretaciones más fiables. Por ejemplo, los cambios en una medida de trastorno depresivo podrían reflejar variaciones en diversas combinaciones de sus cuatro facetas principales (v.g., motora, cognitiva, interpersonal y somática). A su vez, los cambios en cada una de estas facetas podrían indicar modificaciones en múltiples facetas de nivel inferior, tal como se muestra en la figura 3.1. Debido

a que hay pocas fuentes de variación en las medidas más específicas, también hay menos explicaciones alternativas. Por tanto, la confianza en las inferencias que hacemos sobre los datos de la evaluación y nuestra comprensión de los problemas de comportamiento mejoran a menudo con el uso de variables más específicas.

Como ilustran estos ejemplos, la especificidad se relaciona de forma inversa con el grado de abstracción o complejidad de una medida. Una medida compleja incluye múltiples facetas, ítems o códigos de comportamiento, unidos de forma aditiva o multiplicativa. Por ejemplo, una medida compleja de la «agresión» podría incluir medidas de observaciones sobre golpes físicos y sobre amenazas verbales; una medida compleja de autoinforme de la «calidad de vida» podría incluir medidas de satisfacción con la salud y satisfacción con las relaciones familiares. Como ilustran estos ejemplos, el problema con las variables complejas es que pueden enmascarar fuentes importantes de variación y, por tanto, hacer difícil el descubrimiento de en qué condiciones cambia y con qué variables se relaciona. Una medida global de «asertividad» puede enmascarar el tipo de comportamiento más importante para un determinado paciente, su comportamiento más usual en distintos tipos de contextos, o las diferencias en las relaciones causales de distintos tipos de comportamientos «asertivos».

4. El uso de *estrategias de medida de muestreo temporal* para captar la naturaleza dinámicacelda-grisdel comportamiento y de sus causas. El modelo de evaluación conductual hace hincapié en la medida frecuente de los problemas de comportamiento y de las variables causales. Como dijimos en los capítulos 3 a 5, los problemas de comportamiento y las variables y las relaciones causales pueden cambiar en intensidad, frecuencia o duración a través del tiempo. Para captar cambios importantes a lo largo del tiempo, la evaluación conductual utiliza a menudo *estrategias de evaluación de muestreo temporal* con las que las variables importantes se miden en varias ocasiones repetidas.

La naturaleza dinámica del comportamiento y de sus causas tiene varias implicaciones para la evaluación clínica. Primero, la medición debe ser un proceso continuado, comenzando con la evaluación inicial y prolongándose a lo largo del tratamiento. En segundo lugar, a menudo estamos interesados en la «fase» en que se encuentra un problema o una variable causal (esto es, si se encuentra en fase de aumento o de disminución de su frecuencia, intensidad, duración, etc.), así como en su «estado» (es decir, el nivel o tasa en que se encuentra una variable cuando se la está midiendo). Este *contexto del curso*

temporal en que se halla un comportamiento o una variable causal puede ayudarnos a predecir el comportamiento futuro y a identificar los factores asociados al cambio del comportamiento⁴. Tercero, debido a su especificidad y eficacia, algunos métodos de evaluación se prestan más para su medición de forma repetida. El autorregistro, el muestreo ecológico puntual, la medición con biosensores ambulatorios y los cuestionarios breves son particularmente útiles en la evaluación con muestreo temporal.

La mejor forma de muestrear el tiempo depende del tipo de variables que se está midiendo y de limitaciones prácticas al medir. Idealmente, los fenómenos que cambian rápidamente deben medirse varias veces al día. Sin embargo, esto con frecuencia es imposible en la práctica clínica. Para variables que cambian menos rápidamente, la medición diaria, o incluso semanal, suele ser suficiente para hacerse una idea ajustada de lo que se está midiendo.

5. *El énfasis en las relaciones funcionales y en las causas ambientales y actuales.* La evaluación conductual destaca el foco central del análisis funcional: la identificación de relaciones funcionales entre los problemas de una persona o sus metas de tratamiento y las variables causales de dichos problemas o metas. Como observamos en los capítulos 4 y 5, muchas variables causales importantes para los problemas de comportamiento (o los comportamientos positivos alternativos que podrían proponerse como metas del tratamiento) se asocian a los acontecimientos que preceden y siguen inmediatamente a dichos problemas (o metas). Estos acontecimientos actuales pueden ser cognitivos, fisiológicos, emocionales o ambientales. En particular, miles de estudios han demostrado el impacto de las contingencias de respuesta, cómo el comportamiento se ve reforzado o consolidado por sus efectos y cómo el comportamiento puede cambiar según los estímulos discriminativos ambientales antecedentes⁵. El énfasis sobre las consecuencias de las respuestas no impide que también nos centremos en los pensamientos, las emociones y el contexto como factores importantes que pueden estar influyendo sobre los problemas del paciente.

Al igual que en el análisis funcional, las estrategias de evaluación conductual también atienden más a los factores causales actuales que a los pasados. Es decir, en la evaluación conductual a menudo nos preocupamos por identificar los factores que están afectando actualmente el inicio repetido, la duración o la intensidad del problema del paciente. Como dijimos en capítulos anteriores, los pacientes con frecuencia buscan ayuda tras haber estado experimentando un

problema durante un largo período de tiempo (pocas veces buscan ayuda justo tras padecer el problema por primera vez). Es más probable que busquen tratamiento tras largos períodos de dificultades matrimoniales, después de que hayan estado experimentando ansiedad durante un período largo de tiempo, o cuando se encuentran totalmente desesperados por su inhabilidad para criar a sus hijos. La entrevista conductual, los autorregistros, los cuestionarios específicos cortos, la biomonitorización ambulatoria y la observación conductual se prestan bien para evaluar las relaciones funcionales actuales que resultan importantes para explicar las dimensiones actuales de los problemas del paciente.

Con este énfasis en los factores causales actuales, el foco de la evaluación suele centrarse en responder a preguntas como «¿por qué este paciente está aún deprimido tras dos años de un divorcio difícil?, ¿qué está manteniendo su estado de ánimo deprimido tras un período tan largo de tiempo?», o «¿qué está sucediendo en casa para que este niño mantenga su comportamiento negativista y agresivo?». Aunque tradicionalmente el paradigma conductual le ha dado una gran importancia a las interacciones ambiente-comportamiento, la evaluación conductual también atiende a las respuestas cognitivas (v.g., las expectativas o los pensamientos autoevaluativos), emocionales y fisiológicas actuales que sirven para mantener el problema de comportamiento.

6. El énfasis en la *observación del comportamiento*. La evaluación de personas en su ambiente natural (v.g., su casa, escuela o institución) es el método paradigmático de la evaluación conductual, ya que proporciona información valiosa sobre las características, los contextos, y los factores antecedentes y consecuentes inmediatos que podrían estar manteniendo los problemas del paciente o afectando el logro de sus metas de tratamiento. Es más, la información procedente de la observación de un paciente en su ambiente natural tiene a menudo utilidad clínica incremental, ya que puede ayudar a identificar comportamientos e interacciones clínicamente significativas que no se podrían apreciar utilizando métodos de autoinforme. La observación directa de las interacciones padre-hijo, de los miembros de la pareja, profesor-niño, paciente-paciente o personal hospitalario-paciente puede también compensar algunos errores e imprecisiones que conllevan los métodos de autoinforme.

7. Un acercamiento *idiográfico* a la evaluación psicológica. La evaluación conductual permite que el clínico examine las características particulares de los

problemas de una persona y de las causas concretas asociadas a dichos problemas. Los métodos, las estrategias y el foco de la evaluación pueden variar de una persona a otra para reflejar diferencias individuales en sus características, en sus problemas y metas, y en los factores causales.

Este énfasis de la evaluación conductual en lo idiográfico favorece que se preste una especial atención al individuo que está siendo evaluado y a las diferencias individuales que podrían influenciar el proceso y el resultado de la evaluación (Kaholokula et al., 2009). Esta sensibilidad a las diferencias individuales, a su vez, favorece: *a)* que el clínico obtenga el consentimiento informado con objeto de respetar los derechos y la autonomía del paciente; *b)* el mantenimiento de una relación positiva con el paciente a lo largo de todo el proceso de evaluación; *c)* la colaboración del clínico con el paciente para establecer las metas de la evaluación y del tratamiento, y *d)* la sensibilidad para apreciar los efectos de las diferencias individuales (tales como la edad de la persona, su sexo, procedencia étnica, situación socioeconómica, orientación sexual, afiliación religiosa, o limitaciones físicas o cognitivas) podrían estar afectando las estrategias de evaluación utilizadas, las metas y los problemas encontrados en la evaluación, la validez de los datos recogidos, o los juicios inferidos de dichos datos (Kaholokula et al., 2008).

8. *La atención a posibles mecanismos de actuación y explicaciones alternativas distintas de las relaciones causales propuestas.* La mayoría de las recomendaciones para la evaluación conductual enumeradas en esta sección van dirigidas a aumentar la confianza en la validez de las relaciones funcionales observadas entre variables. Sin embargo, como venimos repitiendo, se necesita información extra para realizar inferencias causales. Es especialmente importante que tomemos en cuenta explicaciones alternativas a las relaciones causales que hemos propuesto. Algunos ejemplos: *a)* ¿Podría la relación causal propuesta entre los pensamientos ruminativos y los trastornos de sueño ser el resultado de la toma de cafeína o medicación, siendo este último factor el desencadenante de ambos problemas?; *b)* ¿Podría el comportamiento negativista de un niño en clase ser el resultado de la atención que le prestan sus compañeros, además de la atención que le presta el profesor, que era la hipótesis que se había propuesto en primer lugar?, y *c)* ¿Podría deberse el aumento del dolor crónico, además de al estrés, como se había supuesto, a las interrupciones repetidas del sueño?

Lo que queremos destacar es que el clínico debe centrar sus estrategias de evaluación en una amplia gama de variables causales potenciales, incluso cuando una parece ser particularmente importante desde el principio. El clínico debe preguntarse: «¿Hay otra explicación para la covariación que estoy observando?» «¿Es posible que esté implicada alguna variable causal adicional importante?».

9. *Un acercamiento científico y empírico a la comprobación de hipótesis clínicas.* Lo mismo que ocurría con los problemas y las variables causales, la validez de las medidas obtenidas durante la evaluación clínica son condicionales. Es decir, una determinada medida puede ser válida para algunas personas, en algunos ambientes, en algunas circunstancias, cuando se utilizan determinados índices de validez, y para algunos propósitos de evaluación, pero no para otros.

Un libro de Mash y Hunsley (2009) proporciona un ejemplo excelente de la naturaleza condicional de las medidas. Los capítulos del libro se centran en varios problemas de comportamiento encontrados a menudo en la práctica clínica, como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, problemas de comportamiento en adolescentes, o malestar en las parejas. Dentro de cada capítulo, las medidas se evalúan por el grado de apoyo empírico que tienen su fiabilidad, validez convergente, validez discriminante, validez de contenido y utilidad clínica. Debe tenerse en cuenta que los índices de validez de una medida pueden variar, dependiendo de si la medida se va a utilizar como un instrumento de detección de posibles problemas, para la formulación clínica del caso, para medir los resultados del tratamiento o para diagnosticar.

Lo más importante para el clínico es que, para construir un análisis funcional más válido y útil, el clínico debe estar familiarizado con la investigación sobre las medidas disponibles y seleccionar aquellas que mejor cuadren con el paciente y con el propósito de la evaluación. El clínico debe también recordar que muchos instrumentos de evaluación proporcionan más de una medida (por ejemplo, la mayoría de los instrumentos para evaluar el estado de ánimo, la ansiedad y la satisfacción conyugal proporcionan varios tipos de puntuaciones) y que cada una de estas puntuaciones puede tener su propio grado de validez⁶. En resumen, debido a que la evaluación conductual es idiográfica, está conceptualmente basada y es metodológicamente diversa, se adecua bien para toda una gama de usos clínicos y de investigación, además de para el análisis funcional. Algunos ejemplos de su utilización son: en psicopatología experimental, en investigación de los resultados del tratamiento, en evaluación de personal y de lugares de

trabajo, en las intervenciones sobre sistemas escolares e institucionales, en cuidados supervisados y en evaluación de programas. Se ha utilizado en ambientes muy diversos, por ejemplo con internos psiquiátricos, en hospitales generales, en paciente externos, en escuelas, en lugares de trabajo y en el hogar. También se ha aplicado a distinto tipo de poblaciones, como niños, adolescentes, adultos, tercera edad, parejas, familias, personas con discapacidades cognitivas o físicas, pacientes médicos y personas con diagnósticos del DSM-IV muy distintos⁷. En las secciones siguientes del capítulo presentamos un caso breve, adaptado de Haynes, Pinson, Yoshioka y Kloezeman (2008), para ilustrar cómo se aplican al análisis funcional los principios, los métodos y las estrategias de evaluación conductual (otro caso se ha presentado ya en el capítulo 1)⁸.

3. UN EJEMPLO DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL APLICADO AL ANÁLISIS FUNCIONAL

Introducción y primera sesión de evaluación

Carmen Carolina Gómez, de 34 años, casada, inmigrante colombiana, llegó a consulta remitida por su psiquiatra y quejándose de fuertes oscilaciones en su estado de ánimo. Su psiquiatra la había tenido tomando litio durante los seis meses previos, pero sus oscilaciones de humor persistían.

El proceso de evaluación de Carmen comenzó obteniendo su consentimiento informado para realizar una evaluación conductual. El foco inicial de investigación, de acuerdo con ella, fue la identificación y especificación de sus problemas (es decir, las dimensiones y los modos de respuesta de sus oscilaciones de humor y de otros problemas) y de sus objetivos de tratamiento, lo que posteriormente se utilizó como guía del resto de la evaluación.

Durante la entrevista inicial, llevada a cabo durante una temporada de estabilidad del humor, informó que experimentaba períodos breves (duración de 2-3 días) pero frecuentes (2-3 veces por mes) de fuerte depresión, que se alternaban con períodos más largos (3-5 días) de estados de frenesí y de gran euforia. Cuando estaba deprimida, con frecuencia permanecía en cama durante la mayor parte del día, sintiéndose muy cansada y consumida por pensamientos de que era una inútil, que estaba desesperada de la vida y que ésta quedaba fuera de su control. Durante sus estados de frenesí, dormía poco, se iba con frecuencia de compras, gastando mucho y acumulando gran cantidad de ropa y de artículos de casa (por ejemplo, abrelatas, batidoras, cafeteras de alta tecnología y un congelador enorme, todo ello innecesario), hablaba rápidamente (a menudo, mezclando temas) y hacía planes grandiosos para sí y para su familia (v.g., mudarse a otro país o comprar un gran negocio). Durante sus estados maníacos, con frecuencia se comportaba de forma insensible e irritable con su marido y su hija adolescente, lo que a menudo conducía a altercados cada vez mayores dentro de la familia. Estos conflictos y discusiones, con frecuencia, duraban horas y eran seguidos de cerca por un episodio depresivo. Su trabajo como contable en unos almacenes de venta al por mayor y sus relaciones sociales con los compañeros de trabajo eran difíciles, tanto durante los episodios depresivos como durante los maníacos, habiendo recibido

varias advertencias serias de su jefe. El entrevistador también utilizó un *procedimiento de retroseguimiento del curso temporal* (véase el capítulo siguiente), que reveló un patrón constante y frecuente de episodios maníacos y depresivos durante el último año.

Cabe notar que, durante la entrevista inicial, Carmen estaba experimentando sólo un estado depresivo suave. Es probable que cierta información de la entrevista (v.g., problemas específicos) hubiera sido diferente si se hubiera encontrado en un estado depresivo o maníaco más severo.

Al final de su primera entrevista, tras sondear en busca de otros posibles problemas, Carmen rellenó varios cuestionarios de autoinforme sobre sus estados de humor maníacos y depresivos, así como un listado amplio sobre problemas de comportamiento. También se le pidió que llevara un registro diario de su sueño (cuánto tardaba en dormirse y cuántas veces se despertaba) y un registro de su estado de humor (en una escala de 5 puntos, desde deprimida a eufórica, rellenada cuatro veces al día: por la mañana, antes de comer, después del trabajo y antes de acostarse por la noche). Debido a las preocupaciones por su relación de pareja, se le pidió que viniera con su marido a la entrevista siguiente.

Segunda sesión de evaluación

Durante la segunda sesión de evaluación, se entrevistó al marido y a la mujer conjuntamente y después por separado, centrándose en los factores que potencialmente podían estar afectando los cambios en el estado de ánimo de ella, los efectos de éste sobre las relaciones de pareja y de familia, los aspectos positivos de dicha relación y, por último, los objetivos de tratamiento que al marido le gustaría proponer, así como otras posibles preocupaciones que pudieran estar relacionadas con su mujer. También se discutieron los acontecimientos que podrían estar desencadenando las oscilaciones de humor. Esta entrevista también cubrió los problemas individuales relacionados con la pareja, así como los objetivos adicionales, individuales o comunes, a conseguir con el tratamiento. También se repasaron los resultados de los autoinformes recopilados la semana anterior.

Al final de la segunda sesión, ambos esposos de forma independiente completaron varios cuestionarios sobre su satisfacción como pareja, las áreas de conflicto y de desacuerdo y sus métodos de resolver los conflictos en la relación. Finalmente, durante tres sesiones análogas de observación de cinco minutos cada una, se observó a ambos discutiendo cómo intentar solucionar varios problemas en su relación (conflictos acerca de en qué y cómo se debía gastar el dinero, cómo tratar el comportamiento irrespetuoso y rebelde de su hija, y cómo podían expresarse afecto mutuo).

Entre la segunda y tercera sesión de evaluación, se obtuvieron informes del centro médico donde Carmen había recibido previamente tratamiento por sus oscilaciones de humor. Entre tanto, continuó autorregistrando sus patrones de humor y de sueño, y ambos esposos registraron la frecuencia y las causas de sus discusiones, así como sus interacciones agradables durante la semana.

Resultados de la evaluación conductual y del diagrama clínico analítico-funcional

En la tercera sesión se discutió con ambos esposos una formulación clínica preliminar del caso. Usando un FACCD, el clínico propuso a discusión varios problemas individuales, los problemas relacionados con la pareja y las variables que posiblemente estaban contribuyendo a esos problemas. La formulación del caso de Carmen, en la forma de un diagrama clínico analítico-funcional del caso se presenta en la figura 7.1.

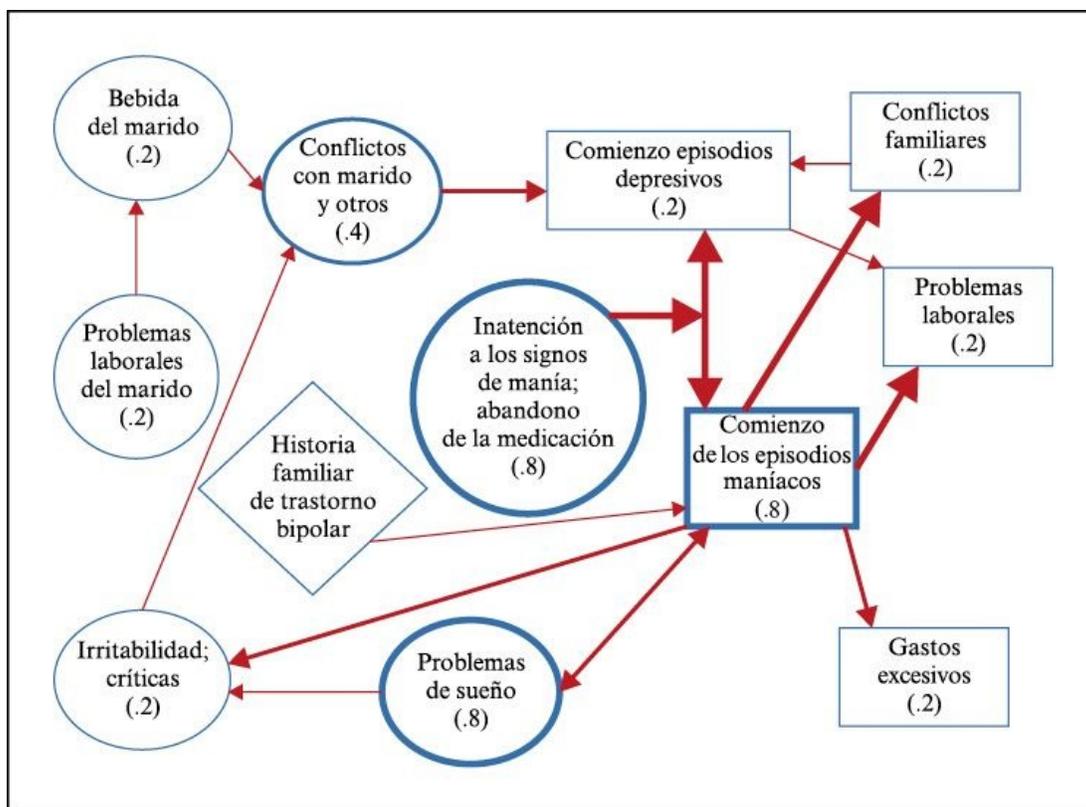


Figura 7.1.—FACCD preliminar de Carmen C. Gómez tras dos sesiones de evaluación. Nótese las relaciones bidireccionales entre algunas variables (los números entre paréntesis se explican en el apéndice al final del libro).

En consonancia con el motivo de consulta, los problemas más importantes de Carmen incluían los estados depresivos y maníacos frecuentes y severos, ambos acompañados por empeoramientos del humor, el juicio, la actividad física, la toma de decisiones y el funcionamiento matrimonial, parental y ocupacional. Según lo observado en la figura 7.1, Carmen consideraba los episodios maníacos más importantes, ya que duraban más y tenían un mayor impacto negativo en la calidad de vida de su familia. Muchos episodios depresivos, aunque no todos, iban precedidos de conflictos con su marido, otros miembros de la familia o con compañeros de trabajo. A menudo estos conflictos se daban durante uno de sus estados maníacos. Los acontecimientos precipitantes de los estados maníacos no pudieron identificarse bien, pero bastantes veces ocurrían tras acontecimientos positivos en su vida y con frecuencia sucedían inmediatamente tras la recuperación de un estado depresivo. El informe y los expedientes médicos de Carmen también parecían señalar la existencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar (en su madre y en una de sus tres hermanas).

El marido, parcialmente en respuesta al aumento de exigencias en su trabajo como encargado de obras, había estado bebiendo cada vez más por las tardes, inmediatamente antes de volver a casa del trabajo (aumentando durante los 6 meses anteriores de 2-3 a cerca de 6-8 cervezas). Cuando llegaba bebido, era más probable que fuera crítico con su esposa e hija y que saltara rápidamente ante la menor provocación de cualquiera de las dos. Además, había estado durmiendo mal durante varios meses, habiendo experimentado varios episodios depresivos, de 5-6 días de duración cada uno. Estos problemas y variables adicionales también se ilustran en la figura 7.1.

Los conflictos en el hogar pudieron apreciarse claramente en la observación análoga (en el despacho del clínico). Durante las discusiones, ambos esposos mostraban altas tasas de desacuerdos, bajos índices de acuerdos y se interrumpían el uno al otro con frecuencia. El tono emocional negativo de la discusión solía aumentar en pocos minutos, terminando en intercambios de airados improperios. Ninguno de los dos emitía frases de apoyo, asentimiento o empáticas. Después de la discusión, ambos se sentían enojados, heridos, incomprensidos y culpaban al otro por las dificultades de comunicación.

De acuerdo con la formulación preliminar del caso, el clínico y ambos esposos acordaron comenzar un programa de tratamiento de 12 semanas, primero centrándose en la mejoría de la vida de pareja, entrenamiento en comunicación, solución de problemas, y conversaciones sobre sus objetivos como pareja y para sus vidas. Ambos acordaron también continuar su autorregistro diario de la bebida, del estado de ánimo y de los patrones de sueño. Además, se acordó tener sesiones individuales de tratamiento para ayudar a reducir los cambios de humor de Carmen, las dificultades añadidas (familiares y laborales) asociadas a los estados depresivo y maníaco y los problemas de sueño, así como la bebida, las respuestas ante la tensión y los problemas de sueño del marido. Finalmente, el clínico y ambos esposos decidieron que se centrarían en los problemas con su hija en sesiones posteriores.

RESUMEN

La medición es central para el desarrollo de un análisis funcional válido y útil. El grado en el que las medidas realizadas durante la evaluación clínica son exactas, influencia la precisión y la utilidad del análisis funcional. Con errores importantes en las medidas clínicas, el análisis funcional no va a representar bien el comportamiento y las relaciones causales relevantes de una persona, con la disminución probable de los resultados potenciales del tratamiento.

La evaluación conductual hace hincapié en la medición exacta de los problemas del comportamiento y de sus variables y relaciones causales, así como en la inferencia de juicios clínicos válidos. La evaluación conductual es dinámica, es decir, que cambia con los avances en los métodos de medición; inclusiva, en el sentido de que se pueden utilizar múltiples métodos de recogida de información; y basada en la ciencia, o sea, que los métodos de recogida de datos y las inferencias extraídas de dichos datos proceden de, o se rigen por, la investigación sobre medición, tratamientos y psicopatología. Con independencia de cuáles sean las metas o las características del paciente, el modelo conductual de evaluación hace hincapié en:

- La importancia de los factores del contexto asociados a los problemas y a las metas de los pacientes.
- El uso de métodos, instrumentos y fuentes de evaluación múltiples.
- El uso de variables poco inferenciales y lo más específicas posible.
- El uso de estrategias de evaluación de muestreo temporal.
- El énfasis en las relaciones funcionales presentes, actuales.
- La observación del comportamiento y de las relaciones funcionales.
- Un acercamiento idiográfico a la evaluación psicológica.
- Atención a los mecanismos y a las explicaciones causales.
- Un acercamiento científico a la evaluación y al desarrollo del análisis funcional.

NOTAS

[1](#) Véase también Fernández-Ballesteros (1994), capítulos 2, 3 y 4.

[2](#) Véase la serie de la editorial Wiley (2004) sobre evaluación psicológica dirigida por Michel Hersen.

[3](#) Haynes y Kaholokula (2008); Kaholokula et al. (2009).

[4](#) Véase Haynes, Blaine y Meyer (1995), para una descripción de los conceptos de estado y de fase aplicados a la evaluación clínica.

[5](#) Para ejemplos, véase el *Journal of Applied Behavior Analysis*.

[6](#) Una presentación más sistemática de los fundamentos psicométricos de la evaluación conductual puede verse en Haynes y Heiby (2004); y en castellano, en Haynes y Wai'lae (1994), y en Silva (1989).

[7](#) Véanse las revisiones de Haynes, Kaholokula y Yoshioka (2007); Haynes et al. (2008), Kaholokula et al. (2009); o Shapiro y Kratochwill (2000); y en castellano, el libro de Fernández-Ballesteros (1994a).

[8](#) Reconociendo que una descripción completa de la evaluación conductual no es posible en un único capítulo, remitimos al lector a descripciones más extensas en Fernández-Ballesteros (2004); Haynes y O'Brien (2000); Haynes y Heiby (2004); Hersen (2006a, 2006b); y Shapiro y Kratochwill (2000).

8

Métodos y estrategias de la evaluación conductual

1. MÉTODOS Y ESTRATEGIAS DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL

El caso de Carmen C. Gómez descrito en el capítulo 7 ilustra cómo los métodos y las estrategias de la evaluación conductual coinciden con los conceptos y métodos propios del análisis funcional. Nótese cómo las estrategias de evaluación usadas con el matrimonio Gómez reflejan conceptos del análisis funcional tales como la naturaleza multivariante, dinámica, multidimensional, condicional, actual e idiográfica de los problemas de comportamiento y de las relaciones causales. El caso de la familia Gómez también ilustra cómo los métodos y las estrategias de evaluación afectan el tipo y validez de los datos que recogemos, la validez de los juicios clínicos basados en esos datos y la validez y utilidad del análisis funcional basado en esos juicios.

La tabla 8.1, tomada de Haynes y colaboradores (2007), resume varias formas en que las estrategias de evaluación conductual concuerdan con las características de los problemas de comportamiento expuestos en el capítulo 3.

TABLA 8.1
Asociación entre las características de los problemas de comportamiento y las estrategias de evaluación conductual

Características	Descripción/ejemplo	Estrategia de evaluación
La gente presenta múltiples	Las personas que buscan tratamiento por consumo de sustancias, con frecuencia presentan problemas de	La evaluación se debe centrar en múltiples problemas y evitar confinarse únicamente en el objetivo principal del

problemas de comportamiento.	estado de ánimo, ansiedad, así como otros problemas psicológicos e interpersonales.	tratamiento.
Los problemas tienen múltiples sistemas de respuesta y presentan múltiples diferencias individuales.	Los trastornos de ansiedad, con frecuencia presentan componentes cognitivos, motores y fisiológicos. La importancia relativa de cada componente puede diferir de persona a persona, aun cuando padezcan el mismo tipo de problema (véase Méndez y Maciá, 1994).	La evaluación debe ser multimodal para atender a los distintos sistemas de respuesta de los problemas (cognitivo, motor y fisiológico).
Los problemas tienen dimensiones múltiples.	La conducta maníaca se puede caracterizar por su frecuencia, intensidad, duración y latencia de comienzo. La importancia relativa de dichas dimensiones puede ser distinta de una persona a otra con el mismo problema.	La evaluación debe atender a la frecuencia, intensidad, duración y latencia de los problemas y a las diferencias idiosincrásicas en los sistemas de respuesta y en su importancia relativa. El foco debe centrarse en unidades de conducta específicas y con bajo nivel de inferencia.
Los problemas de comportamiento son de naturaleza condicional.	La tasa de comportamiento agresivo de un niño puede variar de un ambiente a otro (v.g., casa y escuela) o de un estado a otro (v.g., cuando se encuentra medicado y cuando no).	Las medidas de los problemas se deben obtener en distintos ambientes, contextos y estados.
Los problemas de comportamiento son de naturaleza dinámica.	Las características, probabilidad de ocurrencia y naturaleza condicional de los pensamientos ilusorios o los problemas de sueño pueden cambiar con el tiempo.	Se deben utilizar las estrategias de muestreo temporal más apropiadas para evaluar la tasa de cambio del problema.

En esta sección repasaremos la utilidad, los recursos y las limitaciones de varios métodos y estrategias de evaluación conductual⁴. Ilustramos cómo la recogida de datos normalmente es idiográfica y específica a las metas de la evaluación clínica. A través de esta sección también haremos hincapié en un acercamiento a la evaluación psicológica basado en la ciencia: la recogida de datos usando métodos múltiples (tales como entrevistas funcionales y observaciones análogas), de fuentes múltiples (tales como pareja, compañeros de trabajo y profesores), utilizando medidas validadas para mejorar la utilidad de

los juicios clínicos que constituyen los elementos del análisis funcional² (véase cuadro 8.1).

CUADRO 8.1
Estrategias y métodos en evaluación conductual

Aunque en este capítulo utilizamos la expresión «métodos» de evaluación, también nos estaremos refiriendo con ella a las «estrategias» de evaluación. Un método de evaluación (véase la nota a pie de página anterior) es un tipo de procedimiento (v.g., cuestionarios de autoinforme, observaciones del comportamiento en el ambiente natural, entrevistas) para recabar datos sobre el comportamiento de una persona y sobre sus relaciones causales. Una «estrategia de evaluación» es el plan general diseñado para recabar dichos datos. Una estrategia de evaluación consta de un conjunto particular de métodos de evaluación, de instrumentos, de instrucciones al paciente, de estrategias de muestreo temporal y de los contextos en los que se lleva a cabo la evaluación (v.g., en el hogar, en la oficina, para diversas metas de evaluación).

Métodos e instrumentos de evaluación válidos, aplicados en un momento o lugar erróneos, en un contexto incorrecto o que no evalúen variables importantes en el caso presente, pueden conducir a juicios inválidos. Considérese el impacto en la formulación del caso si no hubiéramos podido evaluar las interacciones sobre solución de problemas de los esposos Gómez. En ese caso, muchos de nuestros juicios clínicos representados en el FACCD serían exactos, pero la validez de contenido total de la formulación del caso hubiera quedado mermada, ya que faltarían problemas y factores causales importantes. Una revisión de Meyer y colaboradores (2001) sobre la evaluación psicológica ilustra nuestra defensa de la importancia de métodos e informadores múltiples en la evaluación conductual. En su revisión de 800 estudios que incluían evaluación multimétodo, concluían que, al medir constructos similares, distintos métodos de evaluación suelen proporcionar información diferente. Éste es el caso tanto cuando se evalúan niños como cuando se evalúan adultos, así como cuando se utilizan diversos informadores.

Por ejemplo, las autoevaluaciones de niños y adolescentes suelen presentar correlaciones pequeñas o moderadas con los mismos comportamientos evaluados por los padres, los clínicos o los profesores (r entre 0,14 y 0,29), o mediante observación directa del comportamiento del niño ($r = 0,28$). Es más, las valoraciones procedentes de diferentes informadores también suelen presentar correlaciones bajas o moderadas (v.g., entre padres y profesores, entre padres y clínicos, entre padres y observadores directos, entre profesores y clínicos, y entre profesores y observadores directos $-r$ entre 0,19 y 0,42). De igual forma, también se observaron correlaciones bajas o moderadas al comparar la autovaloración de los adultos en medidas de personalidad y estado de ánimo con la de sus parejas íntimas, sus compañeros, sus clínicos y observadores directos (r entre 0,16 y 0,44).

2. ENTREVISTA FUNCIONAL CONDUCTUAL, CUESTIONARIOS Y LISTADOS

Las entrevistas conductuales de evaluación tienen muchos propósitos. Son útiles no sólo para recabar información cuantitativa y cualitativa sobre los problemas de un paciente, sus puntos fuertes y sus metas de tratamiento, sino que pueden servir también para consolidar la relación clínico-paciente. Las

entrevistas son a menudo el método más importante de obtener consentimiento informado, de identificar barreras a la evaluación y al tratamiento y de aumentar la probabilidad de que el paciente participe en las tareas de evaluación y tratamiento (véase, por ejemplo, Ezpeleta, 2001; Góngora, 2005; Reeves y Gross, 2005).

Los datos de la entrevista inicial también guían las decisiones del clínico acerca de las estrategias de evaluación adicional que pueden resultar más útiles. La entrevista de evaluación es una importante fuente de hipótesis acerca de los factores que pueden contribuir al malestar del paciente y acerca de los mejores métodos para recopilar más datos sobre esas hipótesis en ese paciente. Por ejemplo, Gordis, Margolin y John (2001) utilizaron la entrevista para seleccionar los asuntos a discutir durante una observación análoga de los patrones de comunicación de una pareja.

Con los esposos Gómez, la entrevista generó varias hipótesis sobre los posibles factores causales de las oscilaciones del humor de Carmen y guió las entrevistas siguientes, la elección de cuestionarios, el diseño de la estrategia de autorregistro y ayudó a seleccionar los asuntos a discutir durante la observación análoga del comportamiento de comunicación de la pareja.

En la evaluación conductual se suele destacar la entrevista conductual, los cuestionarios y los listados *funcionales* para la evaluación de los problemas del paciente y de las variables causales supuestas. Varios de ellos aparecen en el caso del matrimonio Gómez. Los métodos «funcionales» de autoinforme van dirigidos a describir, pero también a explicar, los problemas y objetivos terapéuticos del paciente.

Los cuestionarios y listados tradicionales, así como las entrevistas diagnósticas estructuradas (v.g., Ezpeleta, 2001), pueden servir para recopilar información sobre una amplia gama de comportamientos. Pueden ayudar al clínico a identificar problemas y objetivos múltiples (aun cuando se requiera una evaluación posterior más específica de los mismos), a concretar los problemas del paciente y a valorar su importancia relativa. Además, son útiles para recopilar datos de informadores múltiples y acerca de las diversas dimensiones del comportamiento y de los diversos sistemas de respuesta de los problemas³.

La entrevista conductual también hace hincapié en la información específica. Por ejemplo, con frecuencia se hacen preguntas de este tipo: ¿Podría describirme qué es lo que quiere decir cuando dice encontrarse «frustrado», «miserable»,

«tenso», «insensible», o sentirse «herido»?

La entrevista conductual, los cuestionarios y los listados son particularmente útiles para examinar frecuencias bajas (v.g., de agresión, de jaqueca), comportamientos poco observables (v.g., actitudes y creencia, malestar subjetivo, uso de medicación) o comportamientos que tienden a ocultarse a los demás (v.g., comportamientos sexuales o bebida) y donde los métodos más directos de evaluación pueden ser poco prácticos⁴. En el caso de Carmen C. Gómez, los cuestionarios y las entrevistas se utilizaron para identificar los aspectos de sus episodios depresivos y maníacos, los acontecimientos que solían preceder o seguir dichos episodios y otros posibles problemas y relaciones funcionales (v.g., riñas matrimoniales, preocupaciones con la bebida del marido y enfrentamientos con su hija adolescente).

Como observamos antes en este capítulo, y hemos ilustrado con el caso de Carmen, una diferencia importante entre la entrevista conductual y la tradicional es el foco en las relaciones funcionales. Las preguntas en la entrevista conductual acentúan, además de la descripción y de la historia del problema del paciente, el contexto y los factores próximos y remotos asociados. Con Carmen, el clínico centró las entrevistas en describir sus episodios maníaco-depresivos, así como en explicar por qué o cuándo se producían. Por ejemplo, siguiendo una descripción de lo que significaba para ella «sentirse deprimida» (especificación del problema), se le preguntó qué podría estar favoreciendo los episodios depresivos: «Antes mencionaste que a veces te sientes “baja” después de una discusión con tu marido. ¿Con qué frecuencia, después de una discusión con él, comienzas a sentirte así?». «¿Puedes describirme, paso a paso, qué sucedió anoche cuando tu marido llegó tarde a casa, después de beber con los amigos, y comenzasteis a discutir? Dime qué sucedió, qué pensabas y cómo te sentías».

Como dijimos en el capítulo anterior, las «explicaciones» tienden a ser más específicas en el paradigma de evaluación conductual que en los no conductuales. Es decir, estamos menos interesados en los rasgos generales de personalidad de Carmen o en sus procesos «inconscientes» que en los pensamientos específicos que tenía después de discutir con el marido, en los acontecimientos específicos que precedían o desencadenaban un episodio maníaco y en cómo reaccionaba con la hija cuando ésta comenzaba a gritarle. Obsérvese la utilidad clínica mayor para el análisis funcional de estas explicaciones más específicas, ya que directamente versan sobre elementos del análisis funcional y resultan de más ayuda para tomar

decisiones clínicas.

La entrevista conductual funcional (Llavona, 1993), los cuestionarios y las listas de chequeo (Fernández-Ballesteros, 2004, cap. 7) se pueden adaptar a los problemas de comportamiento de un individuo y a los objetivos específicos de evaluación y son útiles para muchos tipos de personas. Como se dice en otro lugar, pueden ser fáciles de administrar y son rentables comparados con algunos otros métodos de evaluación. Sin embargo, también tienen limitaciones. La información de la entrevista puede reflejar sesgos de autoinforme y puede estar sesgada por olvidos y limitaciones cognitivas del que responde. La entrevista puede también estar afectada por los sesgos del entrevistador (Fernández-Ballesteros, 2004, cap. 8). Por ejemplo, cuando las nociones preconcebidas del clínico sobre el problema de una persona influyen sus preguntas y la información obtenida.

Las diferencias de género, edad, etnia y socioeconómicas entre un clínico y un paciente también pueden afectar la información obtenida mediante métodos de autoinforme. Por ejemplo, un paciente masculino puede vacilar al discutir impulsos sexuales con una terapeuta, o una paciente que ha sufrido abusos sexuales de un varón puede ser renuente a discutir su funcionamiento sexual con un terapeuta. Un inmigrante reciente que está teniendo dificultades con su patrón puede dudar si vale la pena discutir su problema con un clínico semejante a su patrón en nacionalidad, cultura y recursos socioeconómicos⁵.

Una estrategia de evaluación que puede reducir los errores del autoinforme es el procedimiento al que se podría denominar como retroseguimiento del curso temporal. Ésta es una técnica de entrevista semiestructurada que utiliza agendas y puntos de anclaje de la memoria para reconstruir el comportamiento pasado, día a día, semana a semana, o mes a mes, durante un período de tiempo específico (v.g., la historia de episodios maníacos, consumición de alcohol, o episodios de pánico durante el transcurso del último año; Sobell y Sobell, 1992). Por ejemplo, el entrevistador podría preguntar al paciente acerca de la ocurrencia y los contextos de episodios depresivos o de atracones de comida en torno a su cumpleaños, aniversarios, días de fiesta importantes, ferias, etc., e ir ampliando la información partiendo de esos puntos temporales. Éste puede ser un método útil para adquirir datos evolutivos sobre frecuencia, duración y factores asociados a problemas concretos.

El uso de entrevistas conjuntas e individuales con Carmen C. Gómez pone de

manifiesto nuestra afirmación anterior de que el clínico debe ser un buen científico del comportamiento (es decir, debe estar familiarizado con la investigación relevante para el paciente que está siendo evaluado). Así por ejemplo, aunque los investigadores no se ponen de acuerdo acerca de si la evaluación inicial de los problemas de pareja se debe llevar a cabo conjuntamente con ambos miembros de la pareja o debe también incluir entrevistas individuales, el clínico debe saber que existen razones de peso a favor de esto último. Razones que se relacionan tanto con la validez de los datos recabados como con la seguridad del informante (particularmente al evaluar asuntos sensibles tales como la violencia doméstica o el abuso de sustancias).

La investigación también sugiere que las personas que sufren violencia doméstica a menudo no divulgan el comportamiento violento de su pareja en las primeras entrevistas por vergüenza, por minimización de los hechos, o por miedo a represalias (Ehrensaft y Vivian, 1996). Por otra parte, el riesgo de que se produzcan represalias cuando se informa de la violencia del otro durante una entrevista conjunta apoya la importancia de investigar este tipo de sucesos en entrevistas individuales.

3. OBSERVACIÓN ANÁLOGA CONDUCTUAL (OAC)

En la observación análoga del comportamiento (OAC), la situación de evaluación se diseña o manipula de tal forma que aumente la ocurrencia del comportamiento o de la relación funcional que se desea observar⁶. En la OAC, el ambiente físico, la presencia de colaboradores y las señales e instrucciones que se dan al paciente se presentan de tal forma que aumente la probabilidad de que ocurran los comportamientos clínicamente significativos y las relaciones funcionales que se desea observar. Los comportamientos se observan en un ambiente semejante (análogo) a las condiciones del mundo real. Ejemplos de OAC son la observación en la clínica de los intentos de una pareja por resolver un problema en su relación (véase un ejemplo en el caso anterior de los esposos Gómez); *role-playing* con un interno psiquiátrico para averiguar cómo se dirige al personal sanitario, a los otros pacientes o a su familia, y así determinar sus habilidades o ansiedad social; test de evitación en casos de miedos y fobias en los cuales se anima a los pacientes a que se acerquen a los objetos o actividades temidas, y el análisis funcional experimental consistente en la manipulación

sistemática de variables antecedentes y consecuentes que se presume influyen en el comportamiento problema (véase la tabla 8.1), como por ejemplo cambiar sistemáticamente la manera en que un cuidador responde a los comportamientos autolesivos de un niño.

Aunque insistimos sobre la importancia de observar a un paciente en su ambiente natural, esto es a menudo difícil o costoso de hacer. La OAC se debe diseñar de tal forma que valga la pena en comparación con la observación en el medio natural, disponiéndose la situación de tal forma que se maximice la probabilidad de que se produzcan los comportamientos de interés en un período de tiempo corto y en presencia del clínico. Considérese la dificultad que implicaría observar a los esposos Gómez hasta que se produjera una discusión en su vida diaria.

La OAC puede también utilizarse para recoger datos de distintos sistemas de respuesta. El clínico no sólo puede observar comportamientos e interacciones sociales importantes, sino que también puede recopilar datos sobre las emociones, los pensamientos, y las reacciones psicofisiológicas del paciente⁷.

Al igual que ocurre con los autoinformes, la OAC es un método flexible y clínicamente útil para obtener información importante sobre un paciente (por ejemplo, sus puntos fuertes y débiles en habilidades de solución de problemas de los esposos Gómez). La OAC es también consistente con el énfasis en evaluación conductual sobre la observación directa del comportamiento, de las relaciones funcionales actuales y de la naturaleza idiográfica⁸ de los problemas y de las relaciones causales. Como la observación en el medio natural (véase la sección siguiente), la OAC es también un método útil para identificar cadenas de comportamiento. Por ejemplo, con la OAC de las interacciones de pareja, es posible identificar secuencias de intercambios verbales negativos y positivos.

Como han indicado Snyder y colaboradores (2008), para poder utilizar la OAC como una estrategia de comprobación de hipótesis seria y basada empíricamente se deben tener claras seis cosas: *a)* por qué la OAC puede ser un método útil de evaluación; *b)* las clases de comportamiento susceptibles de evaluación con la OAC; *c)* los resultados de la investigación sobre la fiabilidad y validez de la evaluación con la OAC; *d)* los contextos en los que se ha utilizado la OAC y la naturaleza condicional de su validez; *e)* cómo utilizar la OAC en el contexto de la evaluación clínica, y *f)* cuáles son sus limitaciones.

La OAC puede ser una herramienta útil y válida de evaluación, ya que permite

la observación directa del comportamiento y de las relaciones funcionales importantes, resultando menos inferencial que el preguntar al paciente acerca de lo que se desea averiguar. Puede utilizarse en el análisis funcional experimental, en el que el clínico tiene control sobre las supuestas variables causales. Puede proporcionar un poderoso método adicional en las estrategias multimétodo de evaluación y puede facilitar la observación de comportamientos difíciles de observar de otra forma.

La observación análoga del comportamiento se puede utilizar en los primeros momentos de la formulación clínica del caso para comprobar hipótesis del análisis funcional y, en los últimos, para evaluar los efectos del tratamiento. En el caso de los esposos Gómez, el clínico utilizó observaciones análogas para comprobar la hipótesis de que los déficits en sus habilidades verbales de solución de problemas aumentaban la probabilidad de conflictos, así como para identificar recursos y déficits específicos en sus estilos de comunicación.

Debido a su flexibilidad, las observaciones análogas del comportamiento se pueden adaptar a un individuo o a un grupo de personas (como diversas interacciones de pareja o profesor-niño), a muchos objetivos de evaluación (como la formulación del caso o la evaluación de los efectos del tratamiento) y a la mayoría de comportamientos de interés (v.g., comunicación o interacciones verbales padre-hijo). La OAC puede ayudar a identificar los desencadenantes ambientales de los problemas emocionales o del comportamiento (v.g., los comentarios ácidos, hechos de forma aparentemente casual e inocente, de Carmen Carolina, o las observaciones despectivas de su marido).

Por supuesto, también hay limitaciones y fuentes de error en la OAC. Debido a la naturaleza hipotética del proceso de evaluación, algunos datos, particularmente la frecuencia de determinados comportamientos recogida durante observaciones análogas, pueden presentar baja validez ecológica. Es decir, la tasa del comportamiento observada con la OAC puede no reflejar la frecuencia típica de esos comportamientos que se observaría en el ambiente natural. Un padre puede comportarse de forma bastante más atenta y positiva con su hijo durante una OAC de lo que habitualmente lo es en casa.

La OAC puede también ser sensible a los efectos reactivos de la evaluación. Es decir, los pacientes pueden presentar el mejor comportamiento de que son capaces mientras están siendo observados. Así, en algunos casos, la OAC puede servir más como medida de «habilidad» que del «funcionamiento típico». Remitimos a Haynes (2001) para una presentación más extensa de las

características psicométricas de las observaciones análogas, y a las secciones especiales de *Psychological Assessment* (2001) y (2004) en lo que se refiere a su aplicabilidad, utilidad y limitaciones.

CUADRO 8.2

Observación de los pacientes durante las sesiones de evaluación

De acuerdo con la insistencia en que se deben recoger datos mediante la observación de las conductas y no sólo mediante los autoinformes del paciente, una forma útil de observación análoga del comportamiento es la que se realiza durante las sesiones de evaluación en la consulta. Este tipo de observación es especialmente útil con pacientes que experimentan problemas interpersonales, y para muchas de las características de los problemas del Eje II (trastornos de personalidad del DSM, APA, 2004).

Tal como se describe en la psicoterapia analítico-funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), el clínico puede observar, durante las sesiones en consulta, comportamientos del paciente (*comportamientos clínicamente relevantes*) semejantes a los que le causan problemas de relación interpersonal en su ambiente natural. Ejemplos de comportamientos clínicamente relevantes son los comportamientos de evitación, distanciamiento, hostilidad, ira, manipulación emocional, o suspicacia, así como las amenazas de autolesionarse y varias características paralingüísticas del comportamiento (v.g., expresiones faciales o posturas corporales).

La información sobre las relaciones funcionales suele ser fácil de obtener cuando el clínico puede identificar el contexto en que se dan dichos comportamientos (v.g., sobre qué estaban discutiendo, o qué es lo que ha ocurrido inmediatamente antes) y cómo es probable que los demás respondan a los mismos. La psicoterapia analítico-funcional utiliza estas respuestas que el clínico prevé que se están dando en el medio natural, junto con su discusión y las contingencias de respuesta oportunas, para facilitar el cambio de comportamiento del paciente en su medio natural.

4. OBSERVACIÓN EN AMBIENTES NATURALES

La observación de los pacientes en su ambiente natural (como el hogar, la escuela o una institución) es un método poderoso para evaluar las potenciales relaciones funcionales de sus problemas, de sus puntos fuertes y de los objetivos de tratamiento propuestos. Como con la OAC, la observación en el medio natural cuadra bien con los principios de la evaluación conductual, ya que *a) observa* los comportamientos de interés, y *b) identifica relaciones funcionales actuales*. Las medidas de la observación en el medio natural pueden tener buena *validez ecológica*, ya que se recogen en el medio en el que se dan los problemas.

Los datos de la observación natural del paciente se pueden recoger de varias formas. En primer lugar, mediante un observador externo, tal como un asistente o colaborador (aunque esto es frecuente en investigación, es menos usual en

situaciones clínicas). En segundo lugar, mediante un observador participante, tal como un miembro de la familia o del personal psiquiátrico, que es ya parte del ambiente natural del paciente.

Como con la OAC, los datos se pueden también registrar de varias formas. La ocurrencia y la duración de los problemas y de los acontecimientos ambientales asociados a ellos se pueden registrar manualmente con papel y lápiz, bien en tiempo real, o bien mientras se visionan u oyen las escenas previamente grabadas. A veces, el comportamiento se puede registrar también usando vídeos o casetes (Dishion y Granic, 2004). Los observadores pueden también utilizar *note-books* (pequeños ordenadores portátiles), PDA (*Personal Digital Assistant*), e incluso teléfonos móviles de última generación para registrar ocurrencias del acontecimiento. Hay centenares de sistemas bien desarrollados de observación y de codificación disponibles para hacer el proceso de observación más fácil⁹. Aunque a veces es difícil de utilizar en clínica, las observaciones en el medio natural son también aplicables a diversos ambientes y personas. Se han llevado a cabo observaciones en hogares, escuelas, cafeterías, hospitales psiquiátricos, residencias, centros comerciales, unidades médicas y ambientes comunitarios.

La observación natural es también aplicable a muy diferentes tipos de personas y de comportamientos, tales como agresiones, autolesiones, conflictos matrimoniales y familiares, problemas alimentarios y de bebida, depresivos y ansiosos, interacciones padre-hijo, comportamiento negativista o interacciones sociales¹⁰. La observación del comportamiento en el ambiente natural y la OAC pueden proporcionar medidas útiles de las relaciones funcionales de un problema. Por ejemplo, un observador puede registrar contingencias de respuesta (tales como atención o evitación de una tarea aversiva) que pueden estar manteniendo el comportamiento autolesivo de un paciente o el comportamiento perturbador de un niño en clase. Pueden también ser útiles para identificar secuencias y cadenas de comportamiento, tales como las escaladas de comportamiento y emocionales observadas en las discusiones entre los esposos Gómez.

Con las observaciones en el medio natural se pueden utilizar varias estrategias de muestreo:

- a) *Muestreo de individuos*, centrado en la observación de sólo un subconjunto del grupo a observar (por ejemplo, una muestra de niños de la clase, o de un grupo de pacientes en una unidad psiquiátrica).
- b) *Muestreo de comportamientos*, centrado en la observación de un

subconjunto de comportamientos (por ejemplo, observando algunos de los muchos comportamientos agresivos de un niño con síntomas de autismo).

- c) *Muestreo de situaciones*, centrado en la observación de un subconjunto de situaciones (por ejemplo, seleccionando algunas situaciones para observar las interacciones de un niño con sus compañeros de colegio).
- d) *Muestreo de tiempo*, centrado en la observación durante determinados momentos (por ejemplo, observando interacciones sociales de una familia durante la cena, u observando interacciones sociales de un paciente durante períodos de tiempo libre).

CUADRO 8.3

Observación en ambientes naturales con observadores participantes

El uso de observadores participantes, tales como miembros del personal psiquiátrico o maestros, puede reducir el coste de la observación en el medio natural. Los observadores participantes pueden también disminuir algunos efectos reactivos (v.g., cambios en el comportamiento de las personas debidos a que se sienten observadas), ya que éstos se asocian al grado en el que se cambia el ambiente natural durante el proceso de observación. Utilizando observadores participantes es innecesario introducir extraños en el ambiente natural de la persona observada.

Sin embargo, los observadores participantes pueden introducir sus propios sesgos en las observaciones. Por ejemplo, cuando los valores propios de un profesor o su historia previa con el niño influyen sobre a qué comportamientos presta atención, cuáles registra con más precisión, o cómo los cataloga. Los observadores participantes están generalmente peor entrenados y tienen otras obligaciones, como cuando una enfermera psiquiátrica está observando a un paciente mientras atiende a otros pacientes en la sala. Por ello, el número de acontecimientos que pueden observar y la cantidad de tiempo que pueden dedicar a la observación son limitados. Para una presentación más completa de los pros y contras de la observación participante, véase Spradley (1980).

Un estudio de Grassi y colegas (2006) ilustra la utilidad de los observadores participantes. El objetivo de las observaciones era describir y entender los factores que afectaban el comportamiento violento de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Los autores utilizaron al personal clínico (psiquiatras y enfermeras) para contar y registrar la ocurrencia de episodios violentos usando la escala de agresión observada por el personal (*Staff Observation Aggression Scale: SOAS*; Palmstierna y Wistedt, 1987). La SOAS permite clasificar los comportamientos agresivos según el tipo (ataques físicos y verbales, y ataques a la propiedad de otros) y la severidad. Los datos de la observación, combinados con otros datos, indicaron que una historia de episodios violentos se asociaba con un mayor riesgo de futuros episodios violentos, y que los episodios repetidos se asociaban con una mayor gravedad de violencia, ingresos más frecuentes y unas estancias más prolongadas en el hospital.

La observación en el medio natural es congruente con el énfasis idiográfico de la evaluación conductual y del análisis funcional y permite mayor precisión y especificidad en la medida de las interacciones comportamiento-ambiente, ya que se pueden observar interacciones y comportamientos únicos de un individuo

basándose en datos de las entrevistas o de la investigación previa.

La observación en el medio natural puede ser un método de evaluación flexible y fácil de realizar. Es decir, las observaciones se pueden llevar a cabo por la mayoría de las personas con el debido entrenamiento, aun cuando su utilización en investigación tiende a ser más compleja y requerir un entrenamiento más extenso de los observadores. Además, como dijimos más arriba, la observación en el medio natural es *adaptable*, en el sentido de que puede ser utilizada con múltiples tipos de comportamientos, de personas y de situaciones. Cuando se utiliza en investigación, la observación del comportamiento también puede utilizarse para realizar una evaluación y un análisis multivariante de series temporales interrumpidas, muy útiles para identificar relaciones funcionales entre los problemas y los posibles factores que los controlan (v.g., Kahng e Iwata, 1998).

Como es obvio, también hay limitaciones a la utilización clínica de la observación del comportamiento en el ambiente natural. Primero, la aplicabilidad de la observación está limitada por la probabilidad de que los comportamientos de interés se presenten durante la observación. Por ello, este método de evaluación es poco rentable para comportamientos de baja frecuencia, o que resulten socialmente sensibles, tales como hurtos, consumo de drogas, comportamientos sexuales o violencia doméstica.

En segundo lugar, los *efectos reactivos* asociados al proceso de observación pueden también disminuir la validez ecológica de los datos. El comportamiento de un paciente, o el comportamiento de otros en el ambiente del paciente (tal como el comportamiento de los miembros del personal, de los miembros de la familia, de los profesores, o de los padres), se puede alterar debido al proceso de observación (véase el cuadro 8.3, con respecto al uso de observadores participantes para reducir los efectos reactivos).

Tercero, la precisión, la validez de contenido y la fiabilidad del sistema de codificación y de las habilidades del observador pueden afectar la validez de los datos recogidos.

Cuarto, la observación en el ambiente natural con observadores externos puede ser un método de evaluación costoso. La observación del comportamiento en el ambiente natural requiere poder acceder a dicho ambiente, disponer de tiempo para observar y para tabular e interpretar los datos. El coste de la observación en la evaluación clínica se puede reducir a menudo mediante ayudantes de observación, observadores participantes, y utilizando

acontecimientos o muestreo de períodos críticos (véase el cuadro 8.4).

CUADRO 8.4
Sucesos y períodos de tiempo críticos

El muestreo de acontecimientos y de períodos de tiempo críticos es un tipo de estrategia de evaluación en el que se miden los comportamientos, los contextos, las situaciones y las relaciones causales que se suponen más importantes. Ejemplos de esto son la evaluación de un paciente que experimenta episodios de pánico únicamente durante las discusiones con la pareja, o en el caso de un niño negativista, sólo cuando ha de acostarse, o en el caso de un paciente hospitalizado con problemas de relaciones sociales, exclusivamente durante los períodos de tiempo con el resto de pacientes.

El muestreo de acontecimientos o períodos de tiempo críticos es especialmente aplicable con métodos de evaluación tales como el autorregistro o la observación natural utilizando PDA. Las ventajas de esta estrategia suelen ser elevadas, ya que los observadores limitan su tiempo de observación a los períodos críticos en los que es más probable que se dé el comportamiento de interés. Los equipos de grabación en vídeo o audio también se pueden utilizar para registrar acontecimientos o períodos críticos con el objeto de evaluarlos posteriormente.

La principal limitación de la observación de acontecimientos o períodos críticos es la posible falta de generalizabilidad de sus resultados, ya que no se puede determinar el grado en el que los datos adquiridos son aplicables a otras situaciones, otros momentos, u otros contextos.

5. AUTORREGISTROS

El autorregistro es otro método de recoger datos en el ambiente natural de un paciente (o durante la observación análoga). Por ejemplo, un paciente puede registrar la ocurrencia de sus pensamientos, estado de ánimo y acciones, así como los acontecimientos y los contextos ambientales aleatoriamente o a horas prefijadas, tal como cada hora, después de cada comida, o antes de acostarse. Alternativamente, en las estrategias de evaluación con muestreo de acontecimientos o experiencias, como acontecimientos o períodos críticos (véase el cuadro 8.4), el paciente registra cada ocurrencia del acontecimiento seleccionado, por ejemplo cada encuentro con los estímulos que le despiertan ansiedad, los atracones de comida, los episodios de pánico, o el consumo de tabaco, y los contextos, los comportamientos, los pensamientos y las emociones asociados.

El autorregistro, al ser barato, es una alternativa mucho más aplicable que la observación directa en el ambiente natural y se puede utilizar para recoger datos sobre una amplia gama de variables cognitivas, motoras y afectivas. El autorregistro es especialmente útil para evaluar comportamientos poco frecuentes,

cambios temporales del comportamiento, o acontecimientos y relaciones funcionales asociadas a dichos comportamientos. Como ejemplos pueden servir el autorregistro de episodios de agresión, rabietas, pánico, dolores de cabeza, presión arterial, pensamientos obsesivos, consumo de alcohol o drogas, comentarios positivos a la pareja, pesadillas, o cambios de humor. Es particularmente útil para la identificación de las relaciones funcionales asociadas con el comienzo o al mantenimiento de los comportamientos-problema. En el caso de la señora Gómez, el autorregistro se utilizó para rastrear sus episodios maníacos y depresivos y para evaluar las variables asociadas a su inicio.

Como todos los métodos, el autorregistro también presenta varias fuentes de error de medida. Su aplicabilidad, utilidad y validez se ven afectadas por la capacidad del que responde para entender y seguir el procedimiento de autorregistro, los sesgos del paciente al informar, la complejidad de la tarea a registrar y cómo se utilizan los datos. Las personas del ambiente social del que responde también pueden impedir o facilitar el autorregistro. En el ejemplo anterior, el marido apoyó el autorregistro de Carmen y también convino en registrar su bebida y las interacciones de la pareja.

Estas fuentes de error a veces se pueden reducir con instrucciones detalladas y simples, haciendo que el paciente practique delante del clínico antes de comenzar el propio registro, con contactos periódicos con el paciente para comprobar el progreso y las dificultades encontradas, con una recogida frecuente de los datos del autorregistro y su discusión con el paciente, y con procedimientos cuidadosamente diseñados para la recogida de datos¹¹. Gracias a los recientes avances tecnológicos, algunos dispositivos electrónicos portátiles, tales como los PDA, las agendas electrónicas y ciertos teléfonos móviles, hacen los datos del autorregistro más fáciles de recoger por el paciente y más fáciles de analizar por el clínico, reducen algunas de las fuentes de error típicas de técnicas tradicionales de autorregistro (papel y lápiz), y permiten un análisis más sofisticado de las relaciones funcionales. Los dispositivos electrónicos como los PDA son ideales para el muestreo de tiempo, especialmente el muestreo al azar, ya que pueden recordar al paciente cuándo registrar cada comportamiento, junto con el ambiente, contextos y acontecimientos antecedentes y consecuentes asociados. La recogida de datos en tiempo real también elimina los problemas de memoria, como cuando se pide al paciente que registre sus comportamientos y acontecimientos asociados cuando se va a acostar. Aunque resulta costoso, el uso

de dispositivos electrónicos móviles permite la recogida en tiempo real de datos muy específicos, de tal modo que se aumenta su validez ecológica¹². En el caso de Carmen Carolina, el clínico entendió, por los resultados de las publicaciones pertinentes y de lo informado en la entrevista, que sus problemas de estado de ánimo y de sueño podían variar en función de muchas situaciones y acontecimientos. Así, un objetivo de la evaluación era identificar dichos elementos causales importantes para el análisis funcional; esto es, las variables causales (v.g., pensamientos y conflictos familiares) que podrían ayudar a explicar el inicio y los cambios en la intensidad, duración y signo de su estado de ánimo y que podrían indicar las mejores estrategias de tratamiento a utilizar. Sin embargo, debido a la baja frecuencia de sus cambios de humor, los métodos de observación no resultaban los más apropiados. Además, durante la entrevista, Carmen fue incapaz de identificar los factores específicos que los desencadenaban y mantenían.

CUADRO 8.5

Nuevas tecnologías para la evaluación de la familia y las relaciones de pareja: las agendas electrónicas

Como observan Snyder et al. (2008), la mayor parte de lo que sabemos sobre la interacción diaria en familias y parejas con problemas proviene de entrevistas, de cuestionarios y de datos de observación recogidos en clínicas o laboratorios. Estos métodos de evaluación han revelado algunas cosas importantes sobre las interacciones, tanto positivas como negativas, así como sobre los pensamientos y las emociones que se asocian al malestar familiar y de pareja. Sin embargo, aún permanece sin respuesta el grado en que estos datos reflejan el comportamiento, los pensamientos y las emociones de la pareja en su vida diaria. Aunque los datos de las interacciones proceden de registros en tiempo real, de grabaciones retrospectivas o de observaciones de observadores externos, los datos de autorregistro y de observaciones naturales pueden estar afectadas por sesgos, problemas de recuerdo, problemas de seguimiento del plan de observación y registro (v.g., en el seguimiento de los horarios de autorregistro establecidos) y por los efectos reactivos del propio proceso de evaluación. Por otra parte, los datos diarios de la interacción pueden ser bastante costosos de obtener (véase descripciones de la observación del comportamiento en Hartmann, Barrios y Wood, 2004, y del autorregistro en Sigmon y LaMattina, 2006).

Un método prometedor de obtener datos de parejas y familias en sus vidas diarias que subsana algunas de estas desventajas es el autorregistro con agendas electrónicas (AE). Este método implica el uso de ordenadores de mano (PDA) para recoger datos en tiempo real sobre los comportamientos, las emociones y los pensamientos de la pareja, así como sobre las situaciones del medio natural en que ocurren (véase una revisión de esta utilización de las AE en Piasecki, Hufford, Solhan, y Trull, 2007). Con las AE, originalmente propuestas como un sistema de muestreo puntual ecológico por Shiffman y colegas (v.g., Shiffman, Hufford, Hickcox, Paty, Gnys, y Kassel, 1997), un pequeño ordenador indica, al azar o en momentos preestablecidos, que se deben añadir registros sobre las variables de interés (v.g., conflictos de pareja o interacciones positivas), así como información de la situación (v.g., contexto social, interacciones previas, o estresores ambientales). El clínico puede descargar los datos almacenados en el PDA y presentarlos en un gráfico o tabla y así poder examinar las relaciones funcionales entre acontecimientos.

En un ejemplo del uso de AE para determinar las interacciones de pareja, Janicki, Kamarck y Schiffman (2006) examinaron el grado en el que los conflictos y las interacciones positivas de 245 parejas (con una media de 61 años de edad) registradas con AE se relacionaban con su nivel de satisfacción matrimonial. Cada miembro de la pareja registraba sus interacciones con el otro (y otras personas) durante dos días. Los datos sobre interacciones positivas y negativas correlacionaban perceptiblemente y en la dirección prevista con medidas cardiovasculares ambulatorias (véase una revisión de las medidas biológicas ambulatorias en Haynes y Yoshioka, 2007, y más adelante en este capítulo) y con medidas de cuestionarios de ajuste marital.

Aunque las agendas electrónicas tienen múltiples fuentes de error potencial (véanse las revisiones de Piasecki et al., 2007, y Sigmon y LaMattina, 2006), su uso para registrar interacciones de pareja es prometedor en varios sentidos: *a)* reduce los errores asociados a los informes retrospectivos; *b)* reduce la probabilidad de que falten datos por no seguir las instrucciones; *c)* permite medir la tasa y las relaciones funcionales de múltiples variables; *d)* permite programar individualmente el muestreo de tasas de ocurrencia y de tiempos, y *e)* es menos costoso que utilizar observadores externos.

6. EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA EN EL LABORATORIO Y EL MEDIO NATURAL

Los métodos psicofisiológicos de evaluación (Vila, 1994, 2004), tales como la grabación de la presión arterial durante problemas presentados en el laboratorio o durante la exposición a un problema ambiental natural, permiten medir las respuestas fisiológicas y las variables que afectan la intensidad o la probabilidad de dichas respuestas. Además, en la investigación, este método de evaluación permite llevar a cabo estrategias de muestreo temporal prolongado (v.g., se han llegado a recoger datos de centenares e incluso miles de momentos distintos en un participante).

Por ejemplo, los niveles de cortisol en saliva se pueden muestrear con frecuencia (v.g., con bastoncillos de algodón adecuados) para identificar los cambios neuroendocrinos asociados con el inicio, duración e intensidad de los ataques de pánico (Bandelow, Wedekind, Pauls, Broocks, Hajak y Rütther, 2000). Por otra parte, las medidas psicofisiológicas se pueden recoger en el medio natural, en la clínica, en el laboratorio, o como parte de un autorregistro. Sirva de ejemplo un paciente con dificultades en el cuidado de su diabetes (para mantener el nivel de azúcar en sangre), al que se le puede pedir que registre diariamente la ocurrencia de problemas y el estado de ánimo al mismo tiempo que registra sus niveles de azúcar en sangre.

Aunque los métodos psicofisiológicos son menos susceptibles de errores sistemáticos o por azar que los métodos de autoinforme, suelen ser costosos y,

debido a su complejidad técnica, más problemáticos en su utilización en la clínica habitual¹³.

6.1. Evaluación con biosensores portátiles

Los biosensores ambulatorios constituyen un conjunto diverso de estrategias para obtener medidas poco intrusivas de las respuestas motoras y fisiológicas de un paciente en su medio natural (Haynes y Yoshioka, 2007). Algunas de las variables fisiológicas y motoras que se pueden medir con biosensores ambulatorios son la reactividad cardiovascular, los niveles de cortisol en saliva o de glucosa en sangre, el flujo sanguíneo periférico, la respiración, la conductancia de la piel, la actividad EEG, la tensión muscular, la actividad física y muchos tipos de movimientos. Por ejemplo, el registro ambulatorio del ritmo cardíaco y de la presión arterial de un paciente con trastorno postraumático, conjuntamente con otros métodos de autorregistro, puede proporcionar datos de series temporales sobre los cambios en sus respuestas fisiológicas a los estresores naturales y sobre su estado afectivo. Estos datos pueden también ayudar al clínico a comprender cómo se asocian dichas respuestas con los problemas de sueño, con los *flashbacks* (recuerdo consistente en imágenes muy vívidas asociadas a la experiencia traumática), o con los comportamientos de evitación (Buckley, Holohan, Greif, Bedard, y Suvak, 2004).

Como ejemplo del uso de biomedidas ambulatorias de respuestas fisiológicas a factores comportamentales y ambientales vamos a presentar un estudio de Campbell y colaboradores (2006) que resulta ilustrativo. Estos autores examinaron la relación entre la variabilidad del ritmo cardíaco y la obstrucción de la circulación del aire durante períodos de emociones negativas y de actividad física en la vida diaria de 53 pacientes con asma. Para medir la variabilidad del ritmo cardíaco, se utilizó un dispositivo ambulatorio electrónico que registraba el intervalo entre cada dos latidos cardíacos durante 13-16 horas diurnas en un día laborable típico. Al mismo tiempo, los pacientes también registraron cada hora (con papel y lápiz) sus actividades físicas y su estado de ánimo (un reloj digital preprogramado les daba una señal para hacerlo). Después de hacer esto cada día, evaluaban su circulación de aire usando un medidor de flujo máximo (*Mini-Wright Peak Flow Meter*), que señala la cima del caudal espiratorio y también registraban estos valores en su agenda. Los pacientes además rellenaron un

cuestionario sobre autoeficacia con respecto a sus síntomas y tratamiento del asma.

El estudio de Campbell y colegas ilustra el uso de biosensores ambulatorios de evaluación en una estrategia multimétodo para identificar las relaciones funcionales de las dificultades respiratorias: autorregistro de comportamientos específicos usando una técnica de muestreo temporal, escalas de evaluación graduadas para indicar la severidad del problema, y cuestionarios de comportamientos encubiertos asociados con las dificultades respiratorias y las respuestas fisiológicas. Curiosamente, encontraron que una alta variabilidad del ritmo cardíaco y una menor obstrucción del flujo de aire se asociaban con un estado de ánimo negativo entre los pacientes con baja autoeficacia, en tanto que una variabilidad más baja del ritmo cardíaco se asociaba con una mayor actividad física, tanto para los pacientes con alta como con baja autoeficacia (lo que coincide con la idea expresada antes de que las diferencias individuales pueden jugar un papel importante en la reacción de las personas ante un mismo tipo de situación o problema).

RESUMEN

Las estrategias y los métodos de la evaluación descritos en este capítulo son coherentes con los supuestos del análisis funcional y facilitan la selección del foco de la intervención. Estos métodos de evaluación pueden proporcionar datos sensibles a la naturaleza multivariante, dinámica, multidimensional, condicional, contemporánea, e idiográfica de los problemas de comportamiento y de sus relaciones causales.

La entrevista conductual y los cuestionarios son útiles para entender los problemas de comportamiento de un paciente, sus fortalezas o puntos fuertes y sus metas de tratamiento. Son particularmente útiles para recopilar información sobre comportamientos difíciles de observar o socialmente delicados. La entrevista es la herramienta principal que posee el clínico para asegurar una relación positiva con el paciente y su consentimiento informado, así como para aumentar la participación del paciente en el proceso de evaluación y tratamiento. Los datos de la entrevista también ayudan en la selección de otras estrategias de evaluación.

La observación análoga del comportamiento es un método flexible, poco costoso y clínicamente útil de observación directa. Puede ser una alternativa rentable a la observación en el ambiente natural, ya que aumenta la oportunidad de observar comportamientos y relaciones funcionales importantes. La observación análoga del comportamiento puede utilizarse para recoger datos sobre las acciones de los pacientes, sus interacciones sociales, emociones, pensamientos, sensaciones, y reacciones psicofisiológicas. Este método es también coherente con el énfasis del análisis funcional sobre la importancia de las relaciones funcionales actuales y la naturaleza idiográfica de los problemas y de las relaciones causales.

Los problemas principales de la observación análoga del comportamiento se asocian a sus limitaciones para lograr validez ecológica. Aunque las relaciones funcionales importantes puedan ser observadas, la frecuencia, duración o intensidad del comportamiento recogidas mediante

observación análoga pueden ser poco representativas de lo que suele ocurrir en el ambiente natural. La observación análoga puede también ser sensible a los efectos reactivos de la evaluación.

La observación de personas en sus ambientes naturales es quizá el método más potente de evaluación. Implica el uso de observadores participantes o externos, registros o instrumentación para medir comportamientos, acontecimientos, y relaciones funcionales actuales en el ambiente natural de la persona. La observación natural puede resultar difícil y costosa de ejecutar. Sin embargo, puede ser aplicable a una amplia gama de situaciones, problemas y tipos de personas. Junto con la observación análoga, la observación en el ambiente natural es especialmente útil para averiguar las relaciones funcionales inmediatas asociadas a un problema. Las estrategias de muestreo incluyen el *muestreo de personas, de comportamientos, de situaciones y de momentos temporales*.

El autorregistro constituye una alternativa a la observación natural y resulta un método menos costoso de recoger datos en el ambiente natural del paciente. Con el autorregistro pueden muestrearse las experiencias que se desean observar (muestreo de experiencias) o realizar la observación en momentos elegidos al azar. El autorregistro es especialmente útil para medir comportamientos difíciles de observar, tales como comportamientos poco frecuentes o socialmente sensibles. Su principal limitación estriba en que requiere que el paciente sea capaz de llevarlo a cabo de forma apropiada, de los efectos reactivos que puede provocar, y de los impedimentos impuestos por otras personas. Los PDA y los diarios electrónicos pueden aumentar la aplicabilidad y la utilidad clínica de los autorregistros.

Muchos problemas de comportamiento tienen componentes psicofisiológicos importantes, de tal forma que se hace necesario recurrir al empleo de métodos psicofisiológicos de evaluación. Las medidas psicofisiológicas se pueden utilizar conjuntamente con la observación análoga y con los autorregistros. Datos del ambiente natural se pueden adquirir mediante la utilización de biosensores ambulatorios.

NOTAS

1 Una *estrategia de evaluación* es un plan general de actuación para recoger datos. Implica decidir qué instrumentos, instrucciones, situaciones y muestreo temporal se van a utilizar.

Un *método de evaluación* es un tipo de procedimiento (v.g., cuestionarios de autoinforme, observaciones conductuales en el ambiente natural, entrevistas) para recabar datos sobre el comportamiento o sobre sucesos.

Un *instrumento de evaluación* es un procedimiento concreto (v.g., un autoinforme concreto para evaluar la depresión, o un determinado sistema de observación de las relaciones maritales) para recoger datos sobre el comportamiento de una persona o un conjunto de personas en una ocasión específica.

Una *medida* es un número que representa las propiedades de la variable que está siendo evaluada, o la puntuación de un instrumento de medida (v.g., la lectura de la presión sanguínea, o la tasa de la conducta observada) (Haynes y O'Brien, 2000). En psicología, el término *medida* se utiliza también para hacer referencia al procedimiento o instrumento utilizado para obtener los valores numéricos de una variable psicológica, así como al propio acto de medirla.

2 Para una revisión general sobre instrumentos de evaluación clínica, véanse, en castellano, Ávila (1992a, 1992b, 1992c); Caballo (2005a, 2005b); Fernández-Ballesteros (1994) y Silva (1999); para niños, Del Barrio (2002), Forns (1993) y Silva (1995); y en inglés, Haynes et al. (2009); que proporcionan principios de evaluación clínica, así como descripciones y ejemplos de diversos métodos útiles en evaluación clínica en general (Ávila, Caballo, Del Barrio, Forns y Silva) y en evaluación clínica conductual en particular (Haynes y Fernández-Ballesteros).

- [3](#) Fernández-Ballesteros (1993, 1994, 2004a); véase la tabla 8.1 más adelante.
- [4](#) Fernández-Ballesteros (1994); Llavona (1993); Márquez y Hernández (1987).
- [5](#) En Tanaka-Matsumi (2004) puede encontrarse una presentación más detallada de las diferencias individuales que afectan la evaluación conductual.
- [6](#) Fernández-Ballesteros (1993b); Heyman y Slep (2004); véase la sección especial sobre observación análoga del comportamiento en *Psychological Assessment* 2001, vol. 13, n.º 1.
- [7](#) Véase Hawkins, Carrère y Gottman (2002), para un ejemplo de medir emociones durante interacciones de pareja.
- [8](#) Los conceptos y métodos de las estrategias de evaluación idiográfica pueden encontrarse en Haynes, Mumma y Pinson (2009). Véase también De la Fuente, Soldevilla y Feixas (2003); Garzón, Feixas, Carmona y Geldschläger (2002); y Calero y Fernández-Ballesteros (2004).
- [9](#) El *Journal of Applied Behavior Analysis* es una fuente excelente de métodos y estrategias de observación.
- [10](#) Véase una descripción general en Hartmann, Barrios y Wood (2004).
- [11](#) Véase la sección especial sobre autorregistros en *Psychological Assessment*, 11, n.º 4, 1999.
- [12](#) Para una presentación más detallada del uso de agendas electrónicas para hacer autorregistros, véase Piasecki, Hufford, Solhan y Trull (2007).
- [13](#) Para una buena presentación de los métodos psicofisiológicos, véase Cacioppo, Tassinary y Berntson (2000)

9

Identificando relaciones causales en evaluación clínica

1. ¿CÓMO SE IDENTIFICAN LAS RELACIONES CAUSALES EN EVALUACIÓN CLÍNICA?

En los capítulos 7 y 8 hemos repasado los principales supuestos teóricos y métodos de la evaluación conductual y se ha hecho hincapié en la importancia de seleccionar estrategias y métodos de evaluación válidos y clínicamente útiles. También hemos destacado la importancia de medir relaciones funcionales, causales y no causales, específicas, actuales y clínicamente útiles para los problemas de un paciente y los objetivos del tratamiento. Para planificar el tratamiento más eficaz para un paciente debemos aplicar nuestra tecnología de evaluación de una manera que nos ayude a identificar y especificar, no sólo los problemas del paciente, sino también sus relaciones causales.

Pero ¿cómo puede el clínico aplicar estos principios, métodos y estrategias para identificar relaciones causales importantes en un paciente concreto? Es bien conocido que las situaciones clínicas no carecen de problemas, dificultades y retos al identificar problemas y relaciones causales importantes¹. Determinadas estrategias de evaluación conductual pueden ayudar a solventar dichos problemas y a lograr los objetivos del análisis funcional. En esta sección presentaremos estrategias de evaluación clínica para identificar las relaciones causales idiográficas de un paciente².

Muchos clínicos basan sus decisiones de tratamiento en juicios subjetivos sobre qué está causando los problemas del paciente. Estos juicios se suelen basar en las lecturas del clínico, su entrenamiento, los talleres o seminarios a los que ha asistido, su experiencia clínica, su orientación teórica y otros muchos factores del

propio clínico. Los juicios subjetivos sobre causalidad son una parte inevitable y a menudo útil del proceso de toma de decisiones clínicas. Además, estos juicios causales suelen ser una fuente importante de hipótesis durante el proceso clínico de evaluación. Sin embargo, también están sujetos a numerosas fuentes de error y sesgos³.

La evaluación conductual pretratamiento es esencial para realizar inferencias causales válidas y puede ayudar a reducir las dificultades asociadas al hecho de basarlo todo en los juicios subjetivos del clínico al identificar las causas de los problemas de un paciente. El objetivo de este capítulo es repasar los principios, los métodos y las estrategias para identificar relaciones causales importantes en la evaluación conductual pretratamiento (véase también, en castellano, Haynes, 1995).

A continuación presentaremos varios métodos para realizar inferencias causales sobre los problemas del paciente: *a)* la derivación racional; *b)* los instrumentos de autoinforme centrados en relaciones causales; *c)* el uso de variables marcadoras; *d)* las estrategias de evaluación de series temporales, que implica la medición conjunta y repetida de los problemas y de las supuestas variables causales, y *e)* las estrategias de manipulación en las que sistemáticamente se cambian las supuestas variables causales mientras se miden sus efectos sobre los problemas de comportamiento o los objetivos de tratamiento (véase Godoy y Silva, 1990).

2. DERIVACIÓN RACIONAL DE RELACIONES

La derivación racional se refiere al proceso de identificar un conjunto de posibles variables causales examinando la literatura experimental sobre psicopatología y tratamientos de un problema o un diagnóstico particular. Por ejemplo, Mace, Lalli y Lalli (1991) describieron varias clases de variables que han mostrado influir sobre problemas graves tales como la agresión y las autolesiones en niños con discapacidades. Estas variables pueden guiar al clínico en la búsqueda de los factores que puedan estar afectando los problemas de su paciente.

Todos los libros de texto de psicopatología resumen los resultados de la investigación sobre las causas de los trastornos y problemas del comportamiento, organizados generalmente alrededor de las categorías diagnósticas del DSM⁴.

Identificando el problema de un paciente y la investigación psicopatológica asociada a ese trastorno, el clínico puede delimitar el conjunto de posibles variables causales en ese paciente y, consiguientemente, elegir la estrategia de evaluación más apropiada.

En el capítulo 3 presentamos cómo el diagnóstico facilita la identificación de variables causales y, por ello, no insistiremos más aquí. Sin embargo, volvemos a repetir que, aunque el diagnóstico o especificación de los problemas de comportamiento es útil al delimitar el conjunto de causas posibles, es generalmente insuficiente para identificar las variables causales específicas relevantes en un paciente determinado. No obstante, para diseñar la estrategia de evaluación más beneficiosa y, en última instancia, diseñar el análisis funcional más válido y clínicamente más útil, el terapeuta debe estar bien informado de los resultados de la investigación científica acerca de los problemas de su paciente. Sin ese conocimiento, el clínico no sabrá sobre qué centrar la entrevista, qué cuestionarios utilizar, o cómo llevar a cabo observaciones útiles.

Por ejemplo, en la evaluación de un paciente con jaqueca, el clínico debe conocer los resultados de la investigación sobre la relación entre los dolores de migraña y varios tipos de alimentos y de ciertos conservantes, cambios en los niveles de estrógenos, o recuperación postestrés. En la evaluación de un paciente que experimenta cambios maníacos del humor, el clínico debe también conocer la investigación que ha relacionado las fases maníacas con los cambios en los ritmos circadianos, el uso de ciertos medicamentos y drogas, o ciertos efectos postdepresión ante la ocurrencia de acontecimientos positivos. Obsérvese que el conocimiento de la investigación relacionada con el problema del paciente no restringe el conjunto de causas que se deben evaluar, pero sí guía al clínico para que no deje sin evaluar relaciones funcionales que podrían ser importantes en su paciente.

3. CUESTIONARIOS CAUSALES Y ATRIBUCIONES CAUSALES DEL PACIENTE

En clínica, los cuestionarios y las entrevistas normalmente evalúan la magnitud de un problema o un rasgo, como depresión, ansiedad o malestar matrimonial, o las facetas o síntomas de ese problema o rasgo. Los cuestionarios tradicionales suelen pedirle al paciente (o a otras personas de su entorno), bien que identifique,

de entre los problemas que aparecen en una lista, aquellos que le ocurren, bien que señale el grado de intensidad o frecuencia de cada síntoma señalado. Estas frecuencias o grados de intensidad posteriormente se suman para formar la puntuación total correspondiente a la persona evaluada. Estos cuestionarios tradicionales pueden ser útiles para identificar los problemas del paciente, clasificarlo en un grupo diagnóstico, y evaluar el resultado general del tratamiento.

Sin embargo, los cuestionarios tradicionales de autoinforme suelen poseer poca utilidad para identificar las variables causales y las relaciones funcionales. Muy pocos cuestionarios se diseñan para identificar relaciones causales⁵. Estos cuestionarios o entrevistas suelen tener la forma siguiente: ¿En qué medida es probable que ocurra *X* después de haberse dado *Y*? ¿Puedes describirme las situaciones en las que es más probable que ocurra *X*?

CUADRO 9.1

Atribuciones del paciente de las causas de sus problemas

Una estrategia para identificar las relaciones causales del problema de los pacientes es preguntárselas (v.g., ¿qué crees que causa tus rituales compulsivos?). Esto es útil para identificar las atribuciones causales del paciente: a qué causas atribuye sus problemas. Sin embargo, muchos estudios sobre las atribuciones causales y los juicios clínicos sugieren que las inferencias de los pacientes sobre las causas de sus problemas deben tomarse con cautela.

Además de los errores de memoria propios de cualquier medida retrospectiva de autoinforme, cuando se pide a alguien que informe sobre las causas de sus problemas (o de los de otros) es probable que se produzcan varios tipos de sesgos atributivos: *a*) subestimación o sobrestimación del papel de las circunstancias en relación con el papel desempeñado por los factores personales (o al revés); *b*) atribuciones causales erróneas al comportamiento actual debido a experiencias previas; *c*) sesgos atributivos de «autoservicio» (esto es, que preservan o aumentan la propia autoestima); *d*) errores de cálculo o apreciación de la covariación entre los problemas y otros acontecimientos, y *e*) atribuciones causales que reflejan lo que se suele decir en los medios de comunicación o lo que se suele creer en una determinada cultura, o por un determinado grupo social.

A pesar de las muchas limitaciones de los autoinformes sobre causalidad, los cuestionarios que se centran en las relaciones de los problemas son útiles para generar hipótesis causales. Estos cuestionarios pueden servir para identificar variables que desencadenan o mantienen problemas tales como la agresión y rabietas en niños, los dolores de cabeza, los conflictos de pareja, los episodios depresivos, los ataques de pánico, las pesadillas, los *flashbacks* (volver a experimentar muy vívidamente y de forma repentina imágenes traumáticas

pasadas) o la ideación paranoica.

Un ejemplo es el *Cuestionario comprensivo de los efectos del alcohol* (CEOA) de Fromme, Stroot y Kaplan (1993), que pide al que responde que indique los efectos previstos de beber alcohol (v.g., sociabilidad aumentada o ansiedad reducida). Otro ejemplo de un cuestionario funcional es el denominado *Preguntas sobre la función del comportamiento* (QABF), de Matson y Vollmer (1995). El QABF pregunta (a profesores o cuidadores) sobre las situaciones o los contextos en los que resulta más probable que el paciente (o niño con discapacidades) presente comportamientos graves. El que responde indica la frecuencia con la que el paciente ejecuta el comportamiento para conseguir atención, por recompensas tangibles, para escapar de una tarea indeseada, o como autoestimulación. En 1994, Karen Budd y colaboradores publicaron la *Escala de evaluación del dolor de cabeza en niños* (CHAS), que pide a los padres que informen de los acontecimientos físicos o ambientales asociados a los dolores de cabeza de sus hijos. Las 44 preguntas del cuestionario indagan sobre factores tales como los efectos perjudiciales asociados a los dolores de cabeza, las consecuencias sociales de dichos dolores, las situaciones estresantes y acontecimientos físicos que podrían asociarse a su inicio, y la utilización de medicación. Tanaka-Matsumi y colegas (1996) han publicado un interesante estudio sobre la *Entrevista de evaluación funcional culturalmente informada*. La entrevista consta de ocho pasos destinados a identificar los problemas del paciente, sus relaciones funcionales y los objetivos del tratamiento, teniendo en cuenta los valores culturales del paciente.

En todos estos ejemplos, los cuestionarios y las entrevistas tratan de captar información central para el análisis funcional: las relaciones funcionales de los comportamientos-problema o de los comportamientos-objetivo del tratamiento.

4. MARCADORES CAUSALES

Un marcador causal, o indicador causal, es una medida indirecta de la fuerza de una relación causal que generalmente se averigua mediante evaluación análoga. Los marcadores causales en evaluación clínica son similares a muchos marcadores de diagnóstico biomédico, tales como las pruebas de anticuerpos asociados a un determinado tipo de virus. Los anticuerpos (la variable marcadora) indican la presencia del virus (la variable causal de interés). Así, los

marcadores, en lugar de medir directamente la variable o la relación de interés, lo que miden es una variable que correlaciona con la variable causal o con la intensidad de la relación causal.

Los marcadores causales son clínicamente útiles cuando se cumplen dos condiciones: *a)* la variable marcadora debe correlacionar alto con la relación causal, y *b)* es más fácil medir la variable marcadora que la relación.

En evaluación conductual, con frecuencia nos centramos en marcadores de las variables y relaciones causales psicosociales, comportamentales y cognitivas. Por ejemplo, podría requerir meses de registro diario la evaluación del papel desempeñado por los problemas psicosociales en los dolores de jaqueca, los pensamientos obsesivos, los problemas de sueño o las borracheras periódicas de un paciente. El papel causal potencial de los problemas psicosociales, sin embargo, puede venir indicado por la magnitud de la respuesta psicofisiológica del paciente ante un problema psicosocial presentado brevemente en la clínica o el laboratorio. En este caso, estaríamos suponiendo que el grado de respuesta al problema del laboratorio correlaciona con (es decir, sirve como marcador de) el grado en el que los dolores de jaqueca o la borrachera están siendo desencadenados por los problemas que ocurren en el medio natural.

En cierto sentido, todas las observaciones análogas y la evaluación clínica de despacho implican estrategias de evaluación de marcadores causales. Por ejemplo, suponemos que la forma en que la pareja se habla o trata durante la sesión clínica es un marcador de cómo lo hace en casa. De igual forma, asumimos que si un padre no es capaz de alabar de forma adecuada a su hijo cuando ambos están jugando en nuestro despacho, o no puede seguir nuestras instrucciones con el hijo, es probable que se comporte de forma muy semejante en casa.

Quizá el uso más común de marcadores causales se da en la evaluación psicofisiológica de laboratorio. Asumimos a menudo que la intensidad de las respuestas psicofisiológicas de una persona (v.g., ritmo cardíaco, conductancia de la piel, presión arterial, o cortisol en saliva) ante los estímulos que se le presentan en el laboratorio (por ejemplo, estímulos asociados a una agresión sexual, un accidente de coche, al rechazo social, o al fracaso en una tarea) correlaciona alto con la forma en que la persona reacciona a estímulos similares cuando ocurren en su vida diaria.

Los marcadores causales pueden ser difíciles de identificar y de validar. Para ser clínicamente útil, un marcador debe correlacionar fuertemente con la intensidad de la relación causal en muchas personas o en muchas mediciones de

una misma persona. Esto es, lo que se le pide a una variable para ser útil en clínica como marcador es que se relacione estrechamente, bien con la causa del problema, bien con la fuerza de la covariación entre el problema y su causa.

Para que sea clínicamente útil, la eficacia predictiva de un marcador causal debe ser importante. Por ejemplo, un marcador causal que correlaciona 0,7 con la ocurrencia de una variable causal (o con la fuerza de una relación causal) en el ambiente natural todavía no explicaría la mayor parte de la variación de esa variable. Para algunos pacientes, ese marcador podría estar indicando una relación causal más débil de lo que en realidad es, en tanto que para otros el marcador indicaría una relación más fuerte de la real.

Para ser un componente útil de la evaluación psicológica, los marcadores causales también deben ser fácilmente medibles. Los marcadores causales que son difíciles o costosos de medir poseen poca utilidad clínica.

Como con todas las relaciones causales, la validez y la utilidad de los marcadores causales pueden ser condicionales. Es decir, pueden efectivamente correlacionar con las relaciones causales en el medio natural para algunas personas, pero no para otras, o bajo determinadas circunstancias, pero no bajo otras.

5. APLICACIÓN DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL A LAS SERIES TEMPORALES INTERRUPTIDAS: EL USO DE LA MANIPULACIÓN

Quizá el mejor método para comprobar hipótesis causales sea variar sistemáticamente la supuesta variable causal y observar el efecto que produce sobre el problema de comportamiento. La manipulación puede darse en una sesión de evaluación o a lo largo de varias. Las estrategias de manipulación, particularmente en la forma de investigaciones de caso único o diseños de series temporales interrumpidas, se utilizan con bastante frecuencia en el análisis conductual aplicado para evaluar los efectos inmediatos de las contingencias de respuestas sobre el comportamiento de un paciente⁶. Kazdin (2003); Shadish, Cook y Campbell (2001), y Franklin et al. (1997) han presentado varios tipos de diseños de series temporales interrumpidas, tales como reversión a la línea-base (v.g., ABAB), línea-base múltiple, o diseños multielementos⁷.

Los diseños de manipulación sistemática se suelen utilizar en evaluación clínica principalmente con niños o individuos con retrasos en el desarrollo, donde las contingencias sociales y tangibles inmediatas funcionan como importantes variables causales de sus problemas (v.g., Sasso et al., 1992). Los análisis funcionales experimentales también se utilizan con frecuencia para identificar las relaciones funcionales actuales de los problemas, con el objeto de realizar su manipulación sistemática durante el tratamiento posterior.

Sirva como ejemplo el siguiente: los efectos conjuntos del *role-playing* prosocial y del refuerzo contingente por jugar cooperativamente en un niño agresivo se podrían examinar en un diseño $A_1B_1A_2B_2$, donde $A_1 = 2$ semanas de línea-base sin intervención; $B_1 = 4$ semanas de *role-playing* y aplicación de refuerzo; $A_2 = 1$ semana para volver a las condiciones de la línea-base, y $B_2 =$ el restablecimiento del *role-playing* y del refuerzo. Un ejemplo de medidas diarias múltiples de varios resultados en cada individuo, usando métodos múltiples de evaluación, podría consistir en lo siguiente: a) registros de observadores externos de la frecuencia con que el niño se acerca a otros niños, la frecuencia con que se le acercan otros niños, y la duración del juego prosocial entre el niño y los otros; b) valoración de los profesores de las habilidades y de los inicios de comportamiento prosocial del niño, y c) informes del niño sobre la frecuencia y satisfacción de los contactos sociales con sus compañeros.

Un estudio de Christensen y sus colegas (2007), revisado en Kaholokula et al. (2008), ilustra varios aspectos de la evaluación conductual aplicados a un diseño de series temporales interrumpidas, en este caso un diseño de reversión a la línea-base tipo ABAB. Los autores examinaron el resultado de una intervención basada en la evaluación previa destinada a aumentar el comportamiento prosocial en clase de José, un niño de tercer curso de origen latino, aislado socialmente y con retrasos de aprendizaje. Se utilizaron varios métodos y estrategias de evaluación conductual para identificar los problemas específicos y las interacciones de José en clase y para examinar la eficacia de una intervención diseñada específicamente para él.

Christensen y sus colegas utilizaron métodos múltiples e informadores múltiples en su evaluación inicial de José para identificar metas y estrategias de intervención. Por ejemplo, se entrevistó al profesor para detectar sus comportamientos-problema. La entrevista también se centró en las situaciones académicas y sociales más difíciles para él y en las que lograba más éxito (v.g.,

los comportamientos prosociales en clase).

Un ayudante del profesor (observador participante) observó directamente las interacciones de José con sus compañeros de clase, recogiendo datos sobre la frecuencia y calidad de sus interacciones sociales con otros niños (v.g., inicio de conversaciones y asertividad). Utilizando un acercamiento de evaluación constructivo dirigido a metas, se generó una clase de respuestas de comportamientos positivos alternativos, tales como atender y seguir las instrucciones del profesor, iniciar interacciones sociales con los compañeros, y asertividad con ellos (v.g., manteniéndose firme).

De acuerdo con la información de la evaluación, Christensen y colaboradores decidieron elegir el «aumento del comportamiento prosocial en clase» como la meta fundamental de la intervención. Asumieron que el aumento de los comportamientos prosociales también conduciría a un aumento en el funcionamiento académico. A nivel más específico, centraron sus esfuerzos de intervención en siete comportamientos en clase (por ejemplo, atender al profesor y conseguir su atención de forma apropiada) utilizando una combinación de estrategias de intervención (desarrollo de habilidades, autorrefuerzo, y mediación con los compañeros). Los focos y las estrategias de intervención que emplearon se basaban en la información de la investigación existente y en los datos idiográficos recogidos durante la evaluación.

Para comprobar los efectos de la intervención emplearon un diseño de reversión de sujeto único ABAB (véanse Franklin, Allison, y Gorman, 1996; Kazdin, 2003). Un ejemplo de este tipo de diseño aparece en la figura 9.1, sobre el caso hipotético de un niño que recibe una intervención similar para aumentar sus comportamientos prosociales en clase.

En el estudio de Christensen et al., el primer período de la línea-base (primera fase A) en el diseño ABAB consistió en observaciones directas en clase para recoger datos de los comportamientos prosociales de José con anterioridad a comenzar la intervención. Las observaciones se hicieron utilizando una estrategia de registro de «10 segundos completos» (esto es, el comportamiento tenía que mantenerse durante 10 segundos para ser contado como «ocurrencia»). Las observaciones fueron hechas durante 10 días consecutivos, de 25 a 40 minutos por día. El primer período de intervención (primera fase B) en la escuela duró siete días consecutivos; tras esto dejó de aplicarse la intervención durante cuatro días consecutivos (segunda fase A); finalmente, se volvió a intervenir (segunda fase B) con cambios sistemáticos en el programa de refuerzo (esto es, variaciones

cada vez más acusadas en la aplicación del reforzador, de tal forma que los efectos se hicieran resistentes a la extinción). Los comportamientos prosociales en clase de José se observaron en todas las fases y continuaron durante 20 días más tras terminar la intervención.

Los investigadores también observaron y registraron los mismos comportamientos prosociales en clase de los otros 18 estudiantes del curso de José, con el objetivo de recabar datos de comparación. Para asegurar un alto grado de consistencia entre los observadores se calculó su grado de acuerdo en todos los datos de observación.

Brevemente, Christensen y colaboradores encontraron que José exhibía comportamientos prosociales en torno al 48 por 100 de las veces en la fase inicial de línea-base (primera fase A), aumentando hasta el 94 por 100 de las veces durante la primera fase de intervención (primera fase B). Cuando se retiró la intervención (segunda fase A), los comportamientos prosociales cayeron hasta el 67 por 100. Después de reintroducir la intervención (fase final B) volvieron a aumentar hasta el 97 por 100.

El estudio de Christensen y colegas ilustra la importancia de los datos de la evaluación al formular hipótesis causales, en el análisis funcional, y en el posterior diseño de la intervención. Su estudio también ilustra algunos de los componentes clave del análisis funcional experimental: la manipulación sistemática de una variable independiente (la intervención) mientras simultáneamente se examina el cambio de la variable dependiente (los comportamientos prosociales del niño en clase).

Un estudio de Northrup et al. (1991) también ilustra el uso del análisis funcional experimental. Los autores investigaron el papel de las contingencias sociales en el mantenimiento de los comportamientos agresivos (tales como arañar, dar patadas y golpear a otros) de tres personas con retraso del desarrollo. Después de que uno de los tres individuos exhibiera un comportamiento agresivo, los autores presentaban y retiraban sistemáticamente diversas contingencias, tales como atención social, escape de situaciones sociales y recompensas tangibles. De acuerdo con lo que hemos dicho en los capítulos 4 y 5, Northrup y colegas encontraron una fuerte evidencia del efecto de las diferencias individuales sobre la causalidad (los comportamientos agresivos de cada persona dependían en gran parte de contingencias diferentes). Por ello, utilizaron las contingencias identificadas en las manipulaciones pretratamiento para sustituir los comportamientos problemáticos de cada niño por comportamientos alternativos

positivos.

Si está hecho correctamente, el análisis causal mediante análisis funcional experimental es una poderosa estrategia de evaluación clínica, ya que, como se ha ilustrado en las figuras 7.1 y 9.1, tiene en cuenta la mayoría de las condiciones necesarias para inferir una relación causal: *a)* se demuestra la covariación entre dos variables; *b)* el cambio en la variable manipulada precede al cambio en la variable dependiente; *c)* la relación causal supuesta es lógica, y *d)* la replicación del efecto de la manipulación bajo diversas condiciones ayuda a reducir la posibilidad de explicaciones alternativas (es decir, la replicación en distintos contextos aumenta la validez interna de la evaluación).

A pesar de sus puntos fuertes, el análisis funcional experimental como estrategia clínica de evaluación también tiene sus limitaciones. Primero, las estrategias de manipulación sistemática conllevan mucho tiempo, son intrusivas y menos aceptables que otras estrategias de evaluación para algunos terapeutas, padres, pacientes y miembros del personal, ya que la mayoría de los diseños de manipulación implican una «vuelta a la fase de línea-base» (primera A en la figura 9.1). Esta manipulación tiene por objeto asegurarse de la relación funcional (es decir, aumentar la validez interna de la evaluación), pero requiere perder los beneficios conseguidos durante la primera fase del tratamiento (primera B en la figura 9.1).

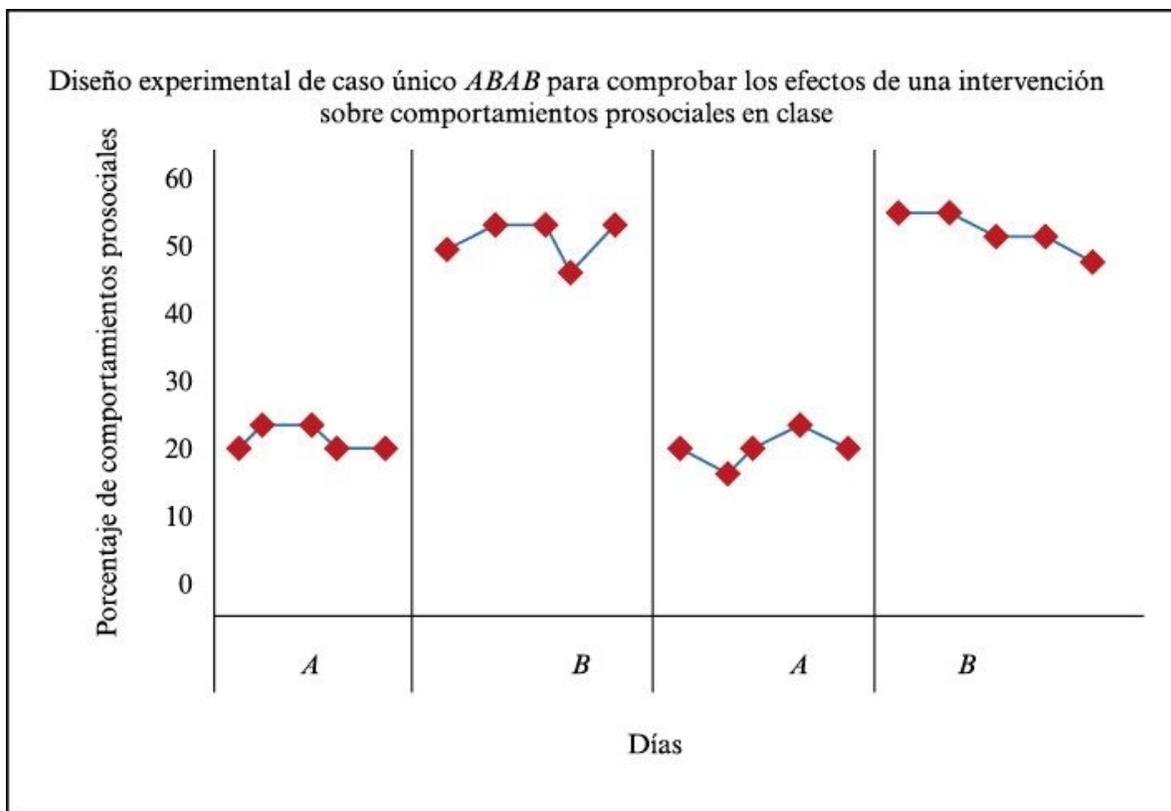


Figura 9.1.—Diseño de series temporales interrumpidas ABAB que ejemplifica los efectos de la manipulación sistemática durante una intervención (v.g., la atención o el tiempo-fuera contingentes con una respuesta). Cuando se utilizan estos resultados como guía de los tratamientos posteriores, el proceso se denomina «análisis funcional experimental». Tomado, con modificaciones, de Kaholakula et al. (2008).

En segundo lugar, las estrategias de series temporales interrumpidas son difíciles de aplicar cuando se ha de atender a la vez a más de una relación funcional, ya que se requiere bastante tiempo y esfuerzo para manipular todas las variables causales de los distintos problemas de comportamiento. Así, un diseño posible para investigar dos variables [por ejemplo, los efectos independientes y concurrentes de la medicación *b*) y del entrenamiento en el manejo del comportamiento *c*)] en niños con problemas de déficit atencional quedaría de esta forma: ABACA(BC)A. Obsérvese que incluso este complejo diseño no le permitiría al clínico valorar qué secuencia de tratamientos es más eficaz. Por ejemplo, ¿se produce un mejor resultado cuando la medicación precede al entrenamiento del comportamiento, o al revés?

Tercero, las situaciones a las que se pueden generalizar las relaciones funcionales identificadas en la clínica o en un ambiente natural restrictivo pueden ser dudosas. Es decir, su validez externa o ecológica suele ser desconocida. Una

relación funcional fuerte identificada en la clínica durante la evaluación puede no ser un marcador de las relaciones funcionales que actúan en el ambiente natural de la persona. Es decir, el demostrar en una situación controlada de evaluación que una variable ejerce efectos fuertes sobre un problema de comportamiento no significa que dicha variable ejerza efectos fuertes sobre ese problema en el ambiente natural. El ambiente altamente controlado de la manipulación, debido a que a menudo reduce al mínimo otras posibles variables causales, puede sugerir que la variable causal que se está comprobando es más influyente de lo que lo es en el ambiente natural de la persona.

Cuarto, muchas variables causales (tales como variables fisiológicas, dificultades ambientales graves, acontecimientos naturales infrecuentes) no son susceptibles de manipulación sistemática durante la evaluación clínica. Además, los efectos de muchas manipulaciones no se pueden invertir, tal como ocurre con las habilidades sociales o de comunicación adquiridas durante el tratamiento.

Quinto, debido a que los efectos son a menudo fuertes, el análisis funcional experimental puede confundir al clínico sobre los mecanismos de acción. Como observamos en el cuadro 9.2, los efectos de la manipulación sistemática de las variables causales hipotéticas (por ejemplo, las contingencias de respuesta en el análisis funcional experimental) se supone que proporcionan una evidencia fuerte de la relación causal entre la variable manipulada y su efecto. Sin embargo, en análisis funcional experimental a veces falta un elemento esencial de la inferencia causal: la posibilidad de explicaciones alternativas de los efectos observados. Este error en el razonamiento causal pone de manifiesto la importancia de considerar siempre los mecanismos de la acción causal, discutidos en capítulos anteriores.

CUADRO 9.2

Diseños de manipulación, mecanismos causales y explicaciones alternativas

Comprobando que los miasmas producen cólera

Durante la Edad Media y hasta mediados de 1800, la teoría miasmática de la enfermedad era un modelo causal comúnmente aceptado para las epidemias que, como el cólera (peste negra), el tifus o la malaria, causaban millones de muertes en Europa. En algunas enfermedades, como el cólera, se suponía que la enfermedad se debía a los «miasmas», un efluvio venenoso por poseer muchas partículas procedentes de la materia en descomposición.

Se creía que los miasmas se podían identificar debido a su olor repugnante (que probablemente emanaba del material orgánico descompuesto) y que era usual en los alrededores de los ríos importantes y del agua estancada en Londres y París (dos centros de brotes de cólera). Esto condujo a mejoras importantes del

saneamiento de ciudades y hospitales, lo que produjo una disminución de la gravedad y de la duración de las epidemias. Florence Nightingale (1820-1910) fue uno de los proponentes de la teoría miasmática y ganó fama por su trabajo de esterilización de hospitales de cara a reducir los miasmas (lo que redujo los contagios hospitalarios).

La forma en que se actuó fue limpiar una región (hospital o ciudad) tras otra, observando qué ocurría con las infecciones. Como se puede apreciar, esta forma de proceder es un buen ejemplo de lo que hoy denominamos diseño de intervención ABAB con línea-base múltiple, similar a la utilizada en millares de estudios para probar la eficacia de una supuesta variable causal. Los resultados obtenidos con el saneamiento parecían, si lugar a dudas, confirmar el papel de los miasmas en los brotes de peste:

A = No sanear los ríos y las fuentes de agua = = epidemias graves.

B = mejora del saneamiento de ríos y fuentes = = disminución significativa de las epidemias.

A' = vuelta al no saneamiento = aumento significativo de las epidemias.

B' = vuelta al saneamiento = disminución significativa de las epidemias.

Lo que falta en este análisis, por supuesto, es un examen de los posibles mecanismos causales y de las explicaciones alternativas (paso 8 del capítulo 6). La demostración de una relación funcional fiable en el análisis funcional experimental, ¿es suficiente para inferir causalidad? En muchos casos, la respuesta sería «sí». Sin embargo, un buen científico del comportamiento se debería preguntar «¿por qué el saneamiento da lugar a una reducción de la enfermedad?», «¿cuál es el mecanismo causal?», «¿hay explicaciones alternativas a la teoría miasmática que puedan explicar los efectos observados?». No fue hasta final de 1800 cuando se descubrió el papel de la bacteria del cólera, frecuente en las aguas fecales.

En cierto sentido, la relación funcional del modelo causal miasmático es clínicamente útil porque condujo a realizar esfuerzos crecientes de saneamiento y a disminuir la frecuencia de la enfermedad. En otro sentido, descuidar el carácter «explicativo» del modelo causal limita la capacidad de desarrollar tratamientos para las personas ya infectadas y de intervenir para reducir el cólera cuando los problemas de saneamiento no se pueden remediar fácilmente (v.g., tras desastres naturales).⁸

A pesar de estas limitaciones, el análisis funcional experimental es una estrategia de evaluación clínica poderosa, aunque poco utilizada. Es una estrategia particularmente útil para probar las hipótesis causales derivadas de otras estrategias de evaluación, tales como entrevistas funcionales y cuestionarios. Repp et al. (1988) proponen dos etapas en dicha estrategia: observación sin manipulación, y manipulación de las contingencias de los comportamientos seguida de observación.

El análisis funcional experimental es especialmente poco utilizado para validar hipótesis causales en pacientes adultos externos y en pacientes hospitalizados. Dada la importancia clínica del análisis funcional, la manipulación sistemática sería aconsejable en muchos casos de evaluación clínica. Ejemplos de posibles aplicaciones del análisis funcional experimental en evaluación clínica son los siguientes:

- a) Exponer a la pareja, o a pacientes hospitalizados, a situaciones de interacción social mediante *role-playing*, para identificar los estímulos

sociales asociados a habilidades y déficits de comunicación y a percepciones y respuestas emocionales problemáticas en las relaciones sociales.

- b) Exponer a los pacientes con ansiedad, problemas de estrés postraumático, obsesiones y compulsiones, o pánico a una variedad de estímulos potencialmente desencadenantes de miedo mientras se miden sus respuestas subjetivas y fisiológicas.
- c) Exponer a agresores sexuales a situaciones sexuales y de interacción social (mediante *role-playing* y presentaciones de vídeo) mientras se mide su excitación sexual y sus respuestas abiertas y subjetivas.
- d) Exponer a pacientes internos a varios estímulos sociales y no sociales para comprobar su poder reforzador para el paciente.
- e) Exponer a personas que experimentan disfunciones sexuales a estímulos físicos y sociales en un ambiente de laboratorio y observar sus efectos sobre índices fisiológicos y psicológicos de excitación sexual.
- f) Exponer a individuos con trastornos alimentarios a alimentos tentadores y a estímulos sociales mientras se observan (v.g., por observadores participantes) sus efectos fisiológicos y conductuales.

6. ESTRATEGIAS DE MEDIDA DE SERIES TEMPORALES MULTIVARIADAS

Aunque los diseños de series temporales interrumpidas son útiles en la evaluación de muchas clases de variables causales, bastantes tipos de relaciones funcionales de interés para los clínicos no se pueden valorar convenientemente mediante manipulación sistemática. Las variables causales hipotéticas, tales como las dificultades de la vida que ocurren naturalmente, los acontecimientos cognitivos como las autoafirmaciones negativas, las variables causales crónicas como los problemas de salud, los conflictos familiares, los estados fisiológicos y emocionales y el apoyo social, pueden ser difíciles de manipular. Más aún, los efectos de estas variables a menudo se retrasan, sus efectos causales pueden ser prolongados y las propias variables causales a veces no se pueden invertir (por ejemplo, la disminución del apoyo, los problemas de salud, o las habilidades positivas de comunicación).

Sin embargo, aun así intentaremos evaluar estas relaciones funcionales

potencialmente importantes en clínica. En tales situaciones, pueden resultar útiles las estrategias de regresión de series temporales multivariantes. Éstas son estrategias clínicas de evaluación en las que se miden múltiples veces y sin manipulación diversas variables. El objetivo de esta evaluación es examinar las relaciones funcionales, tanto concurrentes como retardadas, entre las variables causales hipotéticas y los problemas de un paciente.

Las estrategias de evaluación de series temporales incluyen un sistema diverso de potentes métodos para comprobar hipótesis causales. Con estos métodos, el problema de comportamiento bajo estudio y una o más variables causales hipotéticas se miden a la vez y de forma repetida (v.g., 30 o más veces). La magnitud de la covariación o de la probabilidad condicional indica la fuerza de la relación funcional.

La evaluación de series temporales se puede llevar a cabo con cuestionarios, observación del comportamiento, autorregistros, diarios electrónicos o biosensores ambulatorios. Por ejemplo, utilizando métodos de autorregistro, Hazelett y Haynes (1992) midieron entre 40 y 80 días los problemas diarios, la calidad del sueño y el dolor en 11 pacientes con dolor crónico. El objetivo de este estudio era determinar si los problemas diarios afectaban la calidad del sueño y si éste, a su vez, afectaba el dolor de los pacientes. Los resultados señalaron que ése era el caso para algunos pacientes: los problemas empeoraban el sueño y éste el dolor y la movilidad. Los resultados de este y otros estudios de evaluación de series temporales sugieren que el tratamiento del sueño y los tratamientos reductores de la tensión pueden ayudar a disminuir la magnitud del dolor en algunos pacientes.

Esta estrategia de evaluación también aparece en un estudio multivariante de regresión de series temporales de Thatcher y Haynes (2001), en el que se obtuvieron durante 60 días medidas múltiples de pacientes con artritis reumatoide. El objetivo del estudio era identificar los factores asociados a las «ataques» (un aumento significativo y bastante repentino de la fatiga, el dolor, la rigidez y la hinchazón de las articulaciones).

Aunque las medidas de series temporales generalmente se llevan a cabo en el ambiente natural a lo largo de muchos días, pueden también hacerse en el transcurso de una sesión de evaluación. Una estrategia de evaluación de series temporales intrasesión resulta posible cuando las respuestas de interés ocurren con mucha frecuencia o muestran una considerable variabilidad en magnitud a lo largo de una única sesión de evaluación. Ejemplos de tales respuestas altamente

variables son los comportamientos autolesivos de niños con trastornos del desarrollo, las respuestas psicofisiológicas de pacientes con ansiedad y trastornos psicofisiológicos, los déficits de atención en clase, o ciertas interacciones conflictivas (tales como interrupciones o críticas) entre esposos, que pueden evaluarse mediante observación análoga.

Hay tres métodos estadísticos interrelacionados para calcular las relaciones funcionales con datos de series temporales: a) el análisis de series temporales; b) el análisis de la probabilidad condicional, y c) el análisis de cadenas de Markov:

- a) El *análisis de series temporales* (Gottman y Roy, 1990) es un conjunto de métodos que pueden ayudar a identificar relaciones funcionales con datos de series temporales. Junto con la regresión múltiple, puede ayudar a estimar el grado de covariación entre las variables y la autocorrelación de una variable consigo misma en diversos momentos específicos. El análisis de series temporales puede también ayudar a evaluar el papel de las variables mediadoras e intervinientes en las relaciones funcionales, una vez que se ha dejado fuera la varianza atribuible a la autocorrelación.
- b) Los *análisis de la probabilidad condicional* se pueden utilizar para estimar la probabilidad de la ocurrencia de un problema de comportamiento, dada la ocurrencia de las variables causales hipotéticas. Una probabilidad condicional perceptiblemente elevada (la probabilidad de que ocurra el problema de comportamiento, dada la ocurrencia de un determinado acontecimiento) en comparación con la probabilidad incondicional del problema de comportamiento (la probabilidad de que se dé dicho problema, ocurra o no el acontecimiento), es un requisito necesario pero insuficiente para establecer una relación causal. La ventaja del análisis de la probabilidad condicional es que puede ser matemáticamente simple de aplicar, suele resultar plausible y es útil con los tipos de datos que normalmente se recogen en evaluación clínica. Es más, puede ser utilizado para evaluar el papel funcional de estímulos antecedentes, de acontecimientos posteriores y de contextos.
- c) Los *modelos de Markov* proporcionan una variedad de técnicas matemáticas flexibles y útiles para representar las probabilidades de un comportamiento cuando se presume que los estados anteriores no tienen ningún efecto sobre los estados futuros de dicho comportamiento (véase Fredericksen y Rotondo, 1979). Los modelos de Markov son especialmente

útiles cuando el comportamiento presenta cambios estacionales (es decir, un patrón de comportamientos que aparecen y desaparecen de manera repetitiva, aunque dicho patrón puede ser complejo), cuando los procesos de medida son consistentes a lo largo del tiempo, y cuando varían en su orden (el número de acontecimientos de una secuencia requeridos para predecir el acontecimiento siguiente). Por ejemplo, una cadena de Markov de primer orden únicamente requiere el conocimiento del acontecimiento inmediatamente anterior para poder predecir de forma óptima el siguiente, en tanto que una cadena de segundo orden requiere el conocimiento de dos acontecimientos anteriores.

Los métodos precedentes de regresión para analizar datos multivariantes de series temporales pueden ser problemáticos en muchas situaciones de evaluación clínica. Sin embargo, también puede llevarse a cabo una evaluación cualitativa de series temporales. En el análisis del comportamiento, a veces este proceso se denomina «procedimientos descriptivos» (Bijou, Peterson y Ault, 1968). Los observadores registran la ocurrencia de los comportamientos de interés (v.g., los comportamientos agresivos en clase o el tiempo que el niño permanece centrado en sus tareas) y de los acontecimientos inmediatamente anteriores y posteriores y buscan patrones de ocurrencia. Este procedimiento se puede utilizar para examinar una gran cantidad de variables funcionales potenciales, pero se presta bastante a cometer muchos de los errores de registro y de inferencia a los que nos hemos referido en secciones anteriores de este capítulo. Aun así, el análisis cualitativo de la observación de pacientes puede ser una buena fuente de hipótesis sobre relaciones causales.

La utilidad de los métodos de series temporales es una estrategia poco utilizada en evaluación clínica pretratamiento, aun reconociendo que en dicho contexto se ve obstaculizada por la cantidad de datos que se debe adquirir para estimar relaciones funcionales y por el número limitado de variables que razonablemente se pueden medir a la vez. Las nuevas tecnologías de registro de datos, tal como los PDA, pueden hacer mucho más fácil evaluar relaciones funcionales de esta forma.

Según lo indicado en los ejemplos anteriores, hay muchas situaciones de evaluación en las que los métodos de series temporales pueden ayudar al clínico a extraer inferencias causales. Ejemplos adicionales podrían ser los siguientes: a) el análisis secuencial de los patrones de interacción diádica de una pareja, de las

interacciones familiares, de las interacciones entre clínicos y pacientes, o de las interacciones entre los internos de una unidad hospitalaria; *b*) la medición de respuestas psicofisiológicas a estímulos naturales (por ejemplo, utilizando biosensores ambulatorios mientras se registran acontecimientos diarios), y *c*) la observación de comportamientos que ocurren con frecuencia y de los acontecimientos anteriores y posteriores (por ejemplo, en aulas escolares, en unidades psiquiátricas, en el hogar, o en centros asistenciales).

RESUMEN DE RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL AL ANÁLISIS FUNCIONAL

Vamos a concluir este capítulo como hicimos con los dos anteriores, con un resumen de recomendaciones (tomadas de Haynes et al., 2007; 2008) sobre la utilización de métodos y estrategias de evaluación conductual en el análisis funcional. Las recomendaciones enumeradas más abajo están pensadas para aumentar la validez y la utilidad clínica del análisis funcional.

Primero queremos recordar, no obstante, que es el análisis funcional, tal como se ha descrito en los capítulos anteriores, el que señala sobre qué elementos debe centrarse la evaluación de un paciente. Tanto el análisis funcional como la evaluación conductual destacan: *a*) la identificación y especificación de las dimensiones, modos y relaciones funcionales de los problemas del paciente, y *b*), la identificación y especificación de las variables causales y de sus relaciones con los problemas.

Éstas son metas complejas y difíciles de conseguir en evaluación clínica. Por ello, a continuación vamos a recordar varios principios y estrategias importantes.

Orientaciones para el clínico

1. Presta atención a tu relación con el paciente. Mantén una relación positiva, de apoyo, empática, sensible y constructiva con el paciente durante todo el proceso de evaluación.
2. Obtén el consentimiento informado del paciente (o de la persona responsable del mismo) y demás personas implicadas antes de comenzar el proceso de evaluación e intervención. El paciente y demás personas que participen en la evaluación (maestros, miembros del personal, pareja) deben entender los métodos, el propósito, el tiempo requerido, los costes y las ventajas de la evaluación.
3. Remite el paciente a otros profesionales o busca consejo cuando las cuestiones a afrontar durante el proceso de evaluación (o intervención) escapen a tu capacidad profesional.
4. Mantén un acercamiento científico y empírico durante la evaluación: debes conocer la investigación realizada sobre los comportamientos-problema, las variables causales y los posibles tratamientos de los problemas a los que te enfrentas. Intenta comportarte como un científico del comportamiento cuando realices trabajos clínicos.
5. Ten cuidado con tus sesgos e ideas preconcebidas sobre los pacientes, sus problemas y sus variables causales. Mantente vigilante para no perder información inusual o relaciones funcionales adicionales.
6. Sé sensible a las diferencias culturales en los problemas, las metas del tratamiento, la

interacción clínico-paciente y las relaciones causales. Las diferencias culturales pueden provenir del grupo étnico o social, la educación, la religión, la orientación sexual, el sexo y la edad, así como de las incapacidades y dificultades físicas y mentales.

Estrategias de evaluación

7. Al evaluar, utiliza métodos, instrumentos y fuentes múltiples siempre que sea posible y puedan aumentar la validez de los datos clínicos adquiridos. Evita basar el análisis funcional solamente en autoinformes.
8. Continúa midiendo las variables causales y de resultado importantes durante el proceso de evaluación y de tratamiento.
9. Siempre que sea posible, observa los comportamientos y los acontecimientos de interés de cara a complementar lo recogido con autoinformes.
10. Elige medidas de evaluación que hayan demostrado ser válidas para las personas, los problemas y los objetivos de la evaluación que estás realizando. Sé sensible a los límites de la validez producidos por las diferencias individuales.
11. Recoge medidas precisas, que sean específicas y válidas. Las medidas complejas (v.g., puntuaciones de pruebas de personalidad), cuando se utilicen, se deben completar con medidas más específicas.
12. Recoge medidas que sean sensibles al cambio. Las medidas deben reflejar con facilidad y precisión los posibles cambios en los comportamientos, los acontecimientos y las relaciones funcionales de interés.
13. En evaluación, aplica un acercamiento de comprobación de hipótesis. Los datos de la evaluación clínica pueden sugerir problemas y relaciones causales, pero nunca olvides que una hipótesis es una hipótesis, no un hecho comprobado. Por ello, comprueba tus hipótesis con evaluación adicional.
14. Déjate guiar por el diagnóstico, pero no te limites a diagnosticar. Recuerda que el diagnóstico puede ser útil para describir un conjunto de problemas determinados y para indicar un tratamiento, pero a menudo es impreciso e insensible a las diferencias individuales entre las personas con un mismo diagnóstico. No olvides que muchos problemas usuales en la clínica psicológica no poseen un diagnóstico formal.
15. Céntrate en la evaluación de las relaciones funcionales entre acontecimientos y comportamientos. Ve más allá de la mera descripción de los problemas y, especialmente, de la mera aplicación de una etiqueta diagnóstica.
16. Céntrate en factores actuales; esto es, en los factores presentes que puedan estar afectando los problemas de tu paciente y los objetivos del tratamiento. Sé sensible a, pero no te distraigas con, la importancia de variables causales remotas en el tiempo.

NOTAS

[1](#) Véase Godoy (1996, 2004); Godoy y Gavino (2003); Godoy, Gavino y Anarte (2008a o 2008b), y Ramírez, Esteve y Godoy (2002).

[2](#) Véase también Haynes et al. (1993, 2009); Silva (1983, 1985, 1999), y Westmeyer (2001).

[3](#) Véase una buena revisión de la toma de decisiones clínicas en Garb (1989); Godoy (1996); Kanfer y Schefft (1988); Nezu y Nezu (1989), y Weist, Finney y Ollendick (1992).

[4](#) Véase, por ejemplo, Caballo, Salazar y Carrobles (2011).

5 Véase Haynes et al. (1993), para algunos ejemplos.

6 La manipulación sistemática de los factores causales supuestos para evaluar sus efectos sobre los comportamientos elegidos se llama *diseño (o investigación) de sujeto (o caso) único*, o diseño de series temporales interrumpidas. Cuando se utiliza para identificar relaciones funcionales que sirvan para guiar la intervención con un paciente, se denomina análisis funcional experimental (véase una revisión en Kazdin, 2003).

7 Véase Arnau (1994).

8 Esta discusión del papel causal de los miasmas se basa en información extraída de Wikipedia.

ANEXOS

I

Modelos alternativos de formulación de casos clínicos en terapia

En la actualidad existen muchos modelos conductuales de formulación de casos clínicos¹. En esta sección resumimos los modelos desarrollados por Nezu y Nezu, por Persons y por Linehan. La finalidad de este anexo I es simplemente mostrar que existen otros modelos al propuesto en este libro. No obstante, como podrá comprobarse, lo que proponemos nosotros no se opone, en última instancia, a lo que postulan otros autores.

1. LA FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DESDE EL ACERCAMIENTO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nezu y Nezu (Nezu et al., 2004; Nezu y Nezu, 2004) han descrito un modelo de formulación de casos clínicos desde el acercamiento de la «solución de problemas»: reconociendo las diferencias individuales y de complejidad entre pacientes, a las que nos hemos referido antes, el «problema»² al que se enfrenta el clínico es establecer qué estrategia de intervención es probablemente la más eficaz para un paciente.

Nezu y Nezu hacen hincapié en el importante papel que desempeña el clínico en la formulación de casos. Reconocen que los clínicos funcionan dentro de paradigmas diversos, tales como cognitivo, conductual o interpersonal. Estas creencias, expectativas y valores afectan a cómo se afronta la formulación del caso. Además, los terapeutas también difieren en sus habilidades de solución de problemas clínicos y en su capacidad para solucionar los que presenta un paciente concreto.

Las habilidades de solución de problemas (profesionales) que proponen estos autores incluyen la capacidad para definir los problemas del paciente, para identificar o generar posibles soluciones concretas a dichos problemas, y para llevar a la práctica las soluciones pensadas.

En el modelo de formulación de casos de Nezu y Nezu, la mejor estrategia de intervención para un paciente se deriva de tres juicios consecutivos (es decir, tres problemas profesionales específicos que deben abordarse):

1. *El establecimiento de los problemas principales del paciente y de la posibilidad de intervención.* El clínico debe trasladar las quejas del paciente a comportamientos-problema y a metas de intervención específicas y operativas que resulten útiles para planificar el tratamiento. Tal como hemos dicho en los capítulos sobre evaluación (capítulos 7 y 8), este primer paso comienza con el proceso de recopilar información sobre lo que preocupa al paciente, usando un acercamiento de «embudo»: comenzando con una evaluación general de la vida del paciente y estrechando el foco gradualmente sobre factores más específicos.

2. *Análisis de los problemas del paciente y establecimiento de las metas de la intervención.* De acuerdo con el análisis funcional descrito en los capítulos 1 y 6, este paso de la formulación clínica conduce a la identificación de resultados que sean importantes para el paciente. Estos resultados pueden ser inmediatos, intermedios o finales, y a menudo funcionan como variables causales de los principales problemas del paciente.

Nezu y Nezu suponen que cada problema de comportamiento conlleva múltiples variables causales posibles, que las variables causales pueden diferir de un paciente a otro aunque tengan el mismo trastorno, y que hay influencias recíprocas entre los *modos de respuesta* (tal como se considera desde un acercamiento general de sistemas). Así, un factor importante del acercamiento de Nezu y Nezu es la identificación de los factores que desencadenan o mantienen los problemas del paciente.

3. *Determinación de la mejor estrategia de intervención posible.* Las decisiones sobre la mejor estrategia de intervención vienen influidas tanto por los dos primeros pasos como por la investigación sobre los efectos, la rentabilidad, las variables moderadoras y la validez y utilidad incremental de las posibles estrategias de intervención.

Los mapas clínicos de la patogénesis (CPM, por sus iniciales en inglés: *Clinical Pathogenesis Maps*) ilustran el proceso de formulación de casos clínicos y de solución de problemas. Los CPM se asemejan en algunos aspectos a los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos presentados en el capítulo 2 y a lo largo de todo el libro: ambos presentan aspectos idiográficos de los problemas del paciente y de los factores que los afectan. Por su parte, el *mapa de consecución de metas* identifica las estrategias óptimas para cada meta clínica.

2. FORMULACIÓN DE CASOS DESDE EL PUNTO DE VISTA COGNITIVO-CONDUCTUAL: LA PROPUESTA DE J. PERSONS

Persons (2001; Persons y Davidson, 2001) ha presentado las bases teóricas y la estrategia para la formulación cognitivo-conductual de casos (CBCF: *Cognitive Behavioral Case Formulation*), que, como otros modelos conductuales de formulación, va destinada a facilitar la elección de la mejor estrategia de intervención en cada caso concreto. La CBCF atiende a las características de los problemas del paciente, a los factores que pueden estar afectando dichos problemas y a las relaciones funcionales entre los problemas y sus causas.

Debido a que Persons se ha centrado sobre todo en la depresión y en los trastornos de ansiedad, la CBCF se adecua especialmente bien a los modelos cognitivos de los problemas que acentúan la importancia causal de las creencias nucleares y de los acontecimientos vitales que activan dichas creencias. La CBCF se puede utilizar para ayudar al terapeuta a entender y explicar los problemas del paciente y su relación con las situaciones y los acontecimientos.

La CBCF consta de los siguientes componentes:

1. *Lista de problemas conductuales*: Es la lista de los problemas específicos del paciente.
2. *Lista de creencias nucleares*: Es una lista de las creencias del paciente sobre sí mismo y sobre el mundo que puedan estar relacionadas con sus problemas. Estas creencias se consideran las variables causales primarias en la CBCF y generalmente vienen sugeridas por el propio diagnóstico, por los resultados de la investigación o por la evaluación clínica (v.g., el uso de un «registro del pensamiento» en el que el paciente autoobserva la

situación y los comportamientos, emociones, pensamientos y respuestas ante esa situación).

3. *Acontecimientos y situaciones activantes*. Son los acontecimientos externos que activan las creencias nucleares que, a su vez, conducen a los problemas de comportamiento.
4. *Hipótesis de trabajo*. Es un modelo teórico que construye el clínico sobre las interrelaciones entre los problemas del paciente, las creencias centrales y los acontecimientos activantes.
5. *Otros componentes*: a) los orígenes de las creencias nucleares (la historia de aprendizaje temprana que explica la existencia de dichas creencias); b) el plan de intervención, y c) los obstáculos a la intervención que se pueden prever.

El producto de estos siete componentes es una formulación del caso escrita, diseñada para guiar las decisiones y estrategias de intervención. En Persons y Davidson (2001) se proporcionan ejemplos de CBCF.

3. FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DE LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL

Linehan (Koerner y Linehan, 1997) ha descrito un modelo de formulación de casos como parte de su terapia dialéctico-conductual. Su acercamiento a la formulación de casos se centra sobre todo en el trastorno de personalidad límite (TPL), pero también es aplicable a otros trastornos³. Su modelo integra una teoría basada en factores biosociales y del aprendizaje que afectan el inicio y el mantenimiento del TPL e incluye los problemas de comportamiento del paciente que probablemente van a constituir barreras para una intervención eficaz. La formulación clínica del caso del TPL (FCCTPL) acentúa la importancia de los problemas de comportamiento del paciente en el contexto de su ambiente social. La FCCTPL también incluye las variables que afectan al terapeuta y supone que las interacciones entre los muchos factores que influyen al paciente son dinámicas (véase también la investigación reciente sobre el alto nivel de inestabilidad afectiva diaria entre pacientes con TPL de Ebner-Priemer et al., 2007).

Varios supuestos de la FCCTPL acentúan la importancia de la formulación clínica del caso para el diseño de la intervención:

1. *El trastorno de personalidad límite puede resultar de distintas combinaciones de factores causales.* En consonancia con los conceptos multimodales de causalidad discutidos a lo largo del presente libro, la FCCTPL destaca la importancia de la vulnerabilidad biológica, la alta sensibilidad a los estímulos emocionales, la alta reactividad y la lenta recuperación ante dichos estímulos, así como los efectos moderadores del ambiente social del paciente. Una variable moderadora como «un ambiente social invalidante» (v.g., cuando otras personas enseñan al individuo que sus respuestas emocionales son patológicas) puede ayudar a desencadenar o a exacerbar reacciones emocionales disfuncionales ante estímulos emocionales.

2. *Es importante identificar las relaciones funcionales relevantes de los problemas del paciente.* El terapeuta y el paciente identifican las cadenas de acontecimientos ambientales, pensamientos, acciones, reacciones emocionales y respuestas del paciente y de otros que preceden y siguen a cada problema de comportamiento. Este análisis de cadenas causales permite que el terapeuta identifique múltiples lugares donde se podrían encontrar respuestas alternativas más adaptativas.

3. *El contexto es importante.* Es probable que las respuestas y las habilidades del paciente varíen según la situación y el contexto. Por ejemplo, las respuestas emocionales a los acontecimientos ambientales pueden ser más fuertes en un contexto de privación de sueño, o en función de dificultades vitales recientes.

4. *Algunas relaciones causales son bidireccionales.* Puede haber influencias recíprocas entre las respuestas del paciente y los acontecimientos ambientales. El paciente desempeña un papel activo dando forma a su ambiente y a las respuestas de otras personas.

5. *Una variable causal importante puede ser la escasa habilidad del paciente para afrontar los retos del ambiente.* Este déficit de habilidades puede ser función de factores diferentes en pacientes distintos: a) carencia de habilidades básicas; b) una historia de refuerzo disfuncional; c) el paciente posee respuestas adecuadas, pero su labilidad emocional interfiere con su ejecución, o d) ciertas creencias disfuncionales del paciente impiden su empleo.

6. *Los problemas de las personas con TPL pueden interactuar, afectar el*

proceso terapéutico y su resultado, así como afectar las decisiones sobre qué variables se deben tratar y con qué tipo de estrategia terapéutica. Por ejemplo, las autoafirmaciones negativas, la falta de sentimientos de culpabilidad, la evitación de pensamientos dolorosos, la inhabilidad para controlar reacciones emocionales intensas, y las respuestas activas o pasivas excesivas a los acontecimientos vitales pueden influir en comportamientos que pongan en riesgo la vida (v.g., autolesiones no suicidas) y afectar el éxito de la intervención sobre estos comportamientos.

7. La FCCTPL hace hincapié en el análisis de tareas de los problemas del paciente. Basando sus juicios en la identificación de las cadenas causales de los comportamientos disfuncionales, el terapeuta y el paciente construyen la secuencia situacionalmente específica, paso a paso, de los comportamientos que se desean adquirir para responder a los retos del ambiente.

La FCCTPL consta de un resumen escrito y, preferiblemente, un esquema gráfico (véase un ejemplo en la página 363 de Koerner y Linehan, 1997) en el que se señalan antecedentes y acontecimientos precipitantes, pensamientos, contextos, estímulos emocionales, acciones, mecanismos y «encadenamientos» causales, principales comportamientos a tratar y consecuencias esperadas.

Tal como antes hemos dicho al hablar sobre los pros y contras de la formulación de casos clínicos, Linehan también ha sugerido que un programa estandarizado de intervención que trate todos los componentes del modelo daría lugar a ventajas clínicamente significativas para todos los pacientes (aun reconociendo que muchos otros factores contribuyen al resultado de la intervención). Sin embargo, un programa estandarizado de intervención no sería tan productivo y eficiente como un programa individual de intervención diseñado a medida y que ajuste los componentes de la intervención a lo que es más relevante para un paciente particular.

Un programa estandarizado probablemente se va a centrar más de lo necesario en componentes poco importantes para algunos pacientes y menos de lo necesario en componentes importantes para otros⁴.

4. CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS DISTINTOS MODELOS DE FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Los modelos presentados por Nezu y Nezu, Persons, y Linehan difieren tanto en las teorías causales que proponen como en qué elementos de la formulación clínica del caso se destacan. Sin embargo, tienen muchas características en común entre sí y con el análisis funcional que se presenta en los capítulos 1 y 6. En general, todos estos modelos destacan:

- a) La importancia de la evaluación pretratamiento para la formulación clínica del caso y para el tratamiento individualizado.
- b) El papel central de la formulación clínica para desarrollar la estrategia de intervención más eficaz para un paciente.
- c) Las diferencias individuales en las características de los problemas del comportamiento.
- d) Los conceptos de causalidad multivariante y las diferencias en las variables causales relevantes en cada paciente individual.
- e) Los problemas de comportamiento y las variables causales pueden ser multimodales, incluyendo emociones, pensamientos, acciones y acontecimientos ambientales.
- f) La importancia de una especificación cuidadosa de los problemas del paciente.
- g) El importante papel desempeñado por las actitudes y creencias del clínico.
- h) La importancia de una representación escrita o gráfica de la formulación clínica del caso.

RESUMEN

Se han propuesto bastantes modelos conductuales para la formulación de casos clínicos. Nosotros hemos expuesto brevemente tres de los modelos que más difusión han alcanzado: el de Nezu y Nezu, el de Persons, y el de Linehan.

Nezu y Nezu han desarrollado un acercamiento de «solución de problemas» a la formulación de casos clínicos, centrado en los problemas profesionales a los que se enfrentan los clínicos, de los cuales el más importante es la elección de la mejor estrategia de intervención. En este sentido, los principales problemas a solucionar por el clínico son los siguientes: 1) identificar los problemas del paciente y, a su vista, determinar si resulta posible algún tipo de intervención; 2) analizar con detenimiento los problemas del paciente y establecer las metas del tratamiento, y 3) decidir la mejor estrategia de intervención. Nezu y Nezu sugieren que un mapa clínico de la patogénesis (una representación gráfica de los juicios clínicos acerca de los comportamientos-problema y de su origen) también puede resultar de provecho.

Persons ha desarrollado un modelo cognitivo-conductual (CBCF: *Cognitive Behavioral Case Formulation*) de la formulación de casos que integra las características topográficas y las relaciones funcionales de los problemas de comportamiento de un paciente. Su CBCF

concuenda de forma especial con las teorías cognitivas de los problemas de comportamiento (v.g., las propuestas por A. T. Beck, o por A. Ellis) y consta de cuatro componentes: 1) una lista de los problemas de comportamiento; 2) una lista de las creencia disfuncionales centrales; 3) los acontecimientos y situaciones activantes, y 4) hipótesis de trabajo.

Linehan ha presentado un modelo de orientación contextual y sistémica para la formulación de casos centrado en la intervención sobre pacientes con trastorno de personalidad límite (TPL). Su modelo causal biopsicosocial integra las causas originales y mantenedoras del TPL, los principios de aprendizaje, y una teoría sobre las etapas de la intervención (a todo lo cual, Linehan ha dado el nombre de «terapia dialéctica del comportamiento» o «terapia dialéctico-conductual»).

Estos tres modelos, aunque diferentes entre sí, concuerdan en acentuar la importancia de la evaluación preintervención, la formulación clínica del caso, la especificación de los problemas de comportamiento del paciente, de los factores causales múltiples e idiosincrásicos de dichos problemas, el impacto de la orientación y juicio del clínico, y la utilidad de la representación escrita o gráfica de la formulación clínica del caso.

NOTAS

[1](#) Véanse las revisiones de Haynes y O'Brien (2000); y Sturmey (2007, 2009); véase también, en castellano, Fernández-Ballesteros (1994), caps. 2 y 4; y Fernández-Ballesteros et al. (2003).

[2](#) Adviértase que en este apartado estamos utilizando el término «problema» en dos sentidos: para referirnos a los comportamientos-problema del paciente, y para referirnos a los problemas cognitivos y de decisión que debe solventar el clínico para solucionar los comportamientos-problema de su paciente. Por ello, cuando sea necesario para evitar posibles confusiones, nos referiremos a los problemas del paciente como «comportamientos-problema», y al problema profesional que debe resolver el clínico (elegir y aplicar el tratamiento más beneficioso posible para su paciente) como «problema profesional». El modelo de Nezu y Nezu trata sobre cómo resolver el problema profesional del clínico de tal forma que se puedan solucionar los comportamientos-problema del paciente.

[3](#) Un modelo alternativo para la formulación de casos clínicos en pacientes con TPL puede verse, en castellano, en el libro de Soledad Santiago *Tratando... inestabilidad emocional. Terapia icónica*, publicado por Pirámide (2010).

[4](#) Véase el capítulo 3 y Haynes, Kaholokula y Nelson (1999), para una discusión del emparejamiento entre los mecanismos del tratamiento y las variables causales en un paciente.

II

Casos clínicos de práctica

Este anexo consiste en la descripción de cuatro casos clínicos. Se pide al lector que intente realizar el FACCD de cada uno de ellos. Al hacerlo, se debe recordar (véase el capítulo 2) que los problemas se representan mediante cuadrados o rectángulos; las variables causales (aunque también constituyan problemas) se representan mediante círculos o elipses (excepto cuando son inmodificables, que se representan mediante rombos), y las relaciones entre problemas, entre variables causales, y entre éstas y los problemas, mediante flechas. El grosor de los cuadrados representa la importancia del problema (a mayor grosor, mayor importancia); el grosor de los círculos representa la modificabilidad de la variable causal, y el grosor de las flechas, la fuerza de la relación.

Para estimar el efecto esperado de la actuación sobre una determinada variable causal, hay que atender a su grado de modificabilidad, a la fuerza de su relación con el problema y a la importancia de dicho problema. Cuanto más modificable sea una variable causal, más fuerte será su relación con el problema (o problemas), y más importante será dicho problema, tanto mayor es el efecto clínico que produce actuar sobre ella. El mejor tratamiento es aquel que actúa sobre la variable cuya modificación conlleva un mayor efecto esperado.

Se ha intentado dar variación a la redacción y a los datos de los distintos casos presentados. Sin embargo, en todos ellos se hace referencia a la información que se necesita para realizar un FACCD, así como a los medios empleados para recabar dicha información.

Al final de la descripción de todos los casos se presentan los FACCD que proponemos para cada uno, de tal forma que el lector pueda comparar su propuesta de FACCD, ya terminada, con la nuestra. Al realizar dicha comparación, no se debe prestar tanta atención a las diferencias de detalle, cuanto

a si el tratamiento que se deriva del FACCD realizado por el lector produciría un mayor o un menor efecto esperado sobre el paciente que el presentado por nosotros. Las diferencias de detalle se deben fundamentalmente al nivel de molaridad o molecularidad con que se representa el caso. Por eso, es más importante atender a las implicaciones para el tratamiento del FACCD realizado que a la coincidencia de detalles parciales.

Nuestro consejo es que se realice un FACCD de cada caso en el que sólo aparezcan los problemas, variables causales y relaciones más importantes. En este sentido, por ejemplo, se debe tener en cuenta que las variables causales pasadas inmodificables pueden resultar ilustrativas, pero resultan inútiles para derivar un tratamiento. Las variables causales presentes inmodificables sí que pueden resultar de mayor interés, ya que con frecuencia constituyen factores que probablemente van a interferir con los efectos de nuestro tratamiento. Siempre que se representen en el FACCD variables causales inmodificables, debe plantearse la posibilidad de que existan variables moderadoras o mediadoras que puedan emplearse para cambiar los efectos de dicha variable inmodificable.

Por último, no debe olvidarse que la importancia de un problema depende de quién lo valora y en qué circunstancias se produce dicho problema. Por ello, diferentes pacientes pueden asignar muy distinta importancia a un mismo problema. O el paciente y su esposa pueden diferir mucho en el valor que le asignan al mismo tipo de comportamiento.

De la misma forma, la fuerza con la que una determinada variable causal influye sobre un problema puede depender de otras variables causales (variables mediadoras o moduladoras de sus efectos). Por último, como es fácil de entender, una determinada variable causal no es igualmente modificable en cualquier tipo de circunstancias, ni por todos los terapeutas por igual. Por ello, la modificabilidad de cada variable causal representada en un FACCD expresa tanto la naturaleza de dicha variable y las circunstancias en que se da como la habilidad técnica del terapeuta para modificarla.

En conclusión, pues, el FACCD que genere el lector sobre cada uno de los casos presentados no tiene por qué coincidir en todo con el nuestro. Lo que sí debe es servir para derivar un tratamiento que sea, al menos, igual de beneficioso que el que se puede derivar del FACCD que nosotros proponemos.

Por último, hemos añadido un quinto FACCD (caso de Noelia), para el que no hemos puesto texto de descripción. Este último ejemplo puede servir para entrenarse en lo contrario que los anteriores. Esto es, para entrenarse en

interpretar un FACCD, cosa que suele resultar mucho más fácil que generarlo, como a estas alturas habrá podido apreciar el lector.

1. CASO DE JUAN¹

Juan, casado y con 45 años, acudió a consulta por padecer depresión y por problemas conyugales. La evaluación de Juan comenzó obteniendo su consentimiento informado en lo relativo a las metas a conseguir con la evaluación y a los procedimientos a utilizar durante la misma. El primer objetivo del terapeuta fue la especificación de los problemas que presentaba, sus dimensiones y modos de respuesta, así como cuáles eran las metas de la intervención. La entrevista semiestructurada inicial con Juan señaló que, durante los últimos seis meses, había experimentado una tristeza intensa y persistente («depresión» lo llamaba él) en torno a cuatro veces a la semana, lo que había causado que llegara tarde al trabajo con frecuencia (tres veces durante la semana anterior) y produciéndole dificultades de concentración en el mismo. Sus jefes le habían llamado la atención por ello y, en su opinión, esto podía afectar a su futuro ascenso.

Por último, la «depresión» le estaba produciendo problemas en las relaciones sexuales con su esposa, ya que había perdido el apetito sexual.

A lo largo de las sesiones de evaluación se utilizaron varios procedimientos de recogida de información. Aparte de la entrevista inicial con Juan, se hicieron otras entrevistas semiestructuradas con él mismo y con su mujer (por separado) para especificar los problemas de Juan, sus causas, y los factores que pudieran estar influyendo en casa y en el trabajo. En la entrevista con la mujer también se indagaron sus propias preocupaciones conyugales y cualesquiera otras que pudiera tener con respecto a su marido. Asimismo, ambos rellenaron dos autoinformes destinados a evaluar sus problemas conyugales (v.g., Inventario revisado de satisfacción conyugal de Snyder, y el Listado de observación del cónyuge de Birchler, Weiss, y Vincent). A Juan también se le pasó un cuestionario destinado a evaluar sus síntomas depresivos (v.g., el Inventario de depresión de Beck, BDI-II).

Por último, se le pidió a Juan que registrara, varias veces al día y durante 14 días (diez días laborables y dos fines de semana), su estado de ánimo y los pensamientos recurrentes sobre el mismo, de tal forma que se pudiera obtener

información de las variaciones en su estado de humor, tanto durante las horas de trabajo como cuando se encontraba en casa. También se le pidió que registrara al mismo tiempo sus relaciones sexuales: ocasiones en que las había mantenido, ocasiones fallidas, y oportunidades perdidas por no apetecerle. El mismo registro sobre las relaciones sexuales también fue realizado, de forma independiente, por su esposa.

En la entrevista con la mujer de Juan, ésta nos informó de que su marido había sido diagnosticado de diabetes tipo-2 hacía ya unos años y que el médico le había dicho en varias ocasiones que no la estaba controlando bien. Señalaba, además, que Juan llevaba una vida excesivamente sedentaria, a pesar de que previamente le había gustado hacer senderismo y otras actividades al aire libre. Según la mujer, un problema que había comenzado a preocuparle a ella últimamente era el económico, ya que se había quedado sin trabajo hacía ya algunos meses y no había logrado encontrar otro. Esto estaba provocando discusiones frecuentes, debido a que su marido la acusaba de no hacer lo necesario para encontrar un nuevo trabajo, aunque fuera de nivel más bajo y peor remunerado que el que desempeñaba anteriormente.

Para evaluar la adherencia de Juan al tratamiento de la diabetes, se le pasó a éste un breve cuestionario, el Resumen de actividades de auto-cuidado de la diabetes de Toobert, Hampson y Glasgow.

Después de revisar algunos artículos científicos al respecto, el terapeuta averiguó que la depresión suele darse de forma comórbida en un tercio de los pacientes con diabetes tipo-2 y que muchos de los síntomas de la depresión coinciden con los síntomas de este tipo de diabetes (v.g., cansancio, dificultades de concentración y problemas sexuales en varones).

Durante la evaluación se recabaron datos para estimar la magnitud del efecto esperado si se modificaba cada una de las variables, así como la dirección y la fuerza de la relación entre ellas. Así, el grado en que la depresión de Juan influía sobre sus problemas sexuales (o al revés) se evaluó examinando en los autorregistros la relación entre su estado de ánimo, sus pensamientos positivos y negativos sobre su matrimonio y sus relaciones sexuales. Además, se idearon preguntas destinadas a estimar las probabilidades condicionales (v.g., la probabilidad de que se diera el estado de ánimo deprimido en presencia de un determinado acontecimiento o situación). Por ejemplo: «Describame sus pensamientos, sentimientos y comportamiento después de haber intentado mantener relaciones sexuales con su esposa». También se le pidió a Juan que

valorara por separado y de uno a diez el grado en que sus problemas laborales, su depresión y su diabetes estaban influenciando su calidad de vida. De esta forma, los datos de los autorregistros, de las entrevistas funcionales y de la valoración del impacto de estas influencias resultaron útiles en la determinación de la dirección de las relaciones causales y de la magnitud de sus efectos.

Antes de seguir leyendo más, haga el FACCD de este caso. Si lo intenta hacer en este momento, podrá comprobar cómo la realización de un FACCD ayuda a hacerse una idea clara de los problemas del paciente y cómo contribuye a señalar qué información adicional necesitamos averiguar. Una vez hecho el intento, compárelo con el que se propone al final de este anexo II. Luego puede seguir leyendo el resto de la información que se proporciona.

El análisis funcional de los problemas de Juan sugería que un tratamiento que apuntara a sus riñas con la mujer y a su autocuidado de la diabetes tendría la magnitud del efecto máxima sobre su estado de ánimo deprimido, su baja excitación sexual y su diabetes. Además, se postuló que los síntomas depresivos y el mal cuidado de su diabetes eran los que estaban afectando su rendimiento laboral (esto es, las dificultades de concentración y el cansancio) y la falta de deseo sexual. Recursos personales y puntos fuertes de Juan de cara al tratamiento parecían ser su afición por las actividades al aire libre (importante para aumentar su actividad física) y el amor por su esposa (importante para mejorar su relación sexual) y sus fuertes creencias espirituales (importantes como fuentes de apoyo y de guía).

El plan del tratamiento acordado con Juan incluía terapia de pareja con él y su esposa para aumentar sus relaciones sexuales y sus habilidades de comunicación, así como para ayudarlo a un mejor control de su diabetes (entre otras cosas, aumentando su actividad física). De esta forma, sus puntos fuertes y sus recursos personales se tuvieron en cuenta a la hora de facilitar el plan de tratamiento, utilizando su afición a las actividades al aire libre para aumentar el tiempo dedicado a una relación de calidad con su esposa y para incrementar su actividad física.

A lo largo del tratamiento de Juan se hicieron frecuentes evaluaciones del curso de sus problemas, de sus causas y de sus relaciones funcionales, midiendo semanalmente su estado de ánimo y sus relaciones íntimas a través de entrevista y de cuestionarios funcionales. El cuidado de su diabetes se evaluó diariamente mediante el registro de sus síntomas y su nivel de glucosa en sangre. La

evaluación continuada durante el curso del tratamiento de Juan ayudó a evaluar los efectos del tratamiento y, de haber sido necesarios, hubiera permitido realizar los cambios precisos.

2. CASO DE ANA MARÍA²

Ana María, de 45 años, que acude a consulta externa quejándose de padecer episodios de ansiedad (sensación repentina de pánico, sensación de faltarle la respiración). Tras la realización de varias entrevistas con la paciente y su marido, de haberle aplicado varios cuestionarios (de ansiedad y depresión), de haber realizado varias sesiones de observación análoga y de la autoobservación y el autorregistro de los episodios de ansiedad, se concluyó que la paciente presentaba una hipersensibilidad y una vigilancia casi continua de sus sensaciones corporales (fundamentalmente, si la respiración era o profunda o superficial) cuando se encontraba nerviosa, cosa que ocurría ante multitud de problemas de la vida cotidiana (v.g., las discusiones con su hija adolescente). Dichas sensaciones corporales (respiración superficial, sensación de que le faltaba el aire) desencadenaban pensamientos catastróficos (relacionados con su estado de salud y con la posibilidad de que le diera un infarto de miocardio) y episodios acusados de ansiedad en los que sentía que se iba a morir. Esta cadena de acontecimientos (problemas o pensar en problemas de la vida diaria → nerviosismo → vigilancia de sus sensaciones corporales → interpretación de las mismas de forma catastrófica → episodio de fuerte ansiedad) solía producirse principalmente cuando la paciente se encontraba en casa sola y desocupada, lo que, según informaban tanto ella como su esposo, ocurría con frecuencia. Ana María decía que, afortunadamente, le sobraba bastante tiempo al día, aunque con frecuencia se aburría, ya que no le gustaba ver la tele o ponerse a leer. Sólo de vez en cuando oía la radio. El disponer de bastante tiempo libre era debido a que los tres miembros de la familia eran bastante cuidadosos con las cosas de la casa y se mostraban colaboradores en mantener todo bien ordenado y limpio. Su marido, un hombre usualmente bastante retraído, manifestaba sentirse muy preocupado por lo que le ocurría a su esposa y por si podría padecer un problema grave de salud. Cuando ésta se ponía nerviosa por alguna causa (lo que él intentaba evitar siempre que podía) y él se encontraba presente, se preocupaba y le preguntaba si sentía algún tipo de sensación corporal extraña. Cuando su

esposa sufría algún episodio fuerte de ansiedad, intentaba calmarla, mostrándose obsequioso y colaborador en las tareas domésticas, e intentando controlar a la hija para que no molestara a la madre. Tanto la paciente como su marido creían que en el surgimiento de su problema podría haber influido el maltrato frecuente al que fue sometida durante su infancia (se crió en una familia desestructurada en la que las palizas y agresiones eran frecuentes y generales). Tanto el marido como la paciente creían que estas agresiones de la infancia la habían llevado a estar «bastante acomplejada», a pensar que no servía para nada y a minusvalorarse (lo que se ponía de manifiesto repetidamente durante las entrevistas con ella).

Haga el FACCD de este caso. Una vez hecho, compárelo con el que se propone al final de este anexo II.

3. CASO DE RICARDO³

3.1. Descripción y motivo de consulta

Ricardo J. era un hombre casado de 50 años, representante de una firma de productos de hostelería, que nos remitieron desde una clínica privada donde se le había estado tratado debido a un fuerte dolor de espalda. El dolor comenzó tras haber sufrido un accidente laboral hacía algo más de diez meses, tras el que tuvo que ser operado. En el momento de acudir a consulta, según nos manifestó el propio Ricardo, el médico afirmaba que se había quedado totalmente bien tras la operación y que no había causa orgánica alguna que justificara su dolor. Ricardo también había pasado por rehabilitación y tratamiento fisioterapéutico, aunque sin resultados apreciables. El dolor que sentía, así como la imposibilidad de dormir bien debido al mismo, según manifestaba, le habían llevado a abandonar su antiguo trabajo y le habían impedido buscar uno nuevo. Según decía, su mujer no comprendía la situación en la que se encontraba y le acosaba continuamente para que lo buscara o, al menos, para que ayudara en casa y con los niños.

3.2. Evaluación

En la primera sesión de evaluación, con una duración de hora y media,

Ricardo nos describió brevemente sus problemas, tras lo que pasamos a darle una explicación del proceso de evaluación, dedicando algunos minutos expresamente a establecer un buen *rapport* con el paciente. Tras esto, se pasó a explorar con más detenimiento el problema del dolor y los problemas de sueño. Por último, se discutieron con él cuáles eran sus metas para el tratamiento y se le pidió que realizara un autorregistro del dolor y otro del sueño.

La segunda sesión estuvo dedicada principalmente, además de a revisar los autorregistros del dolor y del sueño, a dos objetivos: recabar información de los problemas con la mujer e intentar aclarar las variables que pudieran estar influyendo sobre su dolor y sus problemas de sueño.

Durante la tercera sesión, primero se revisaron los autorregistros realizados, a continuación se entrevistó conjuntamente a Ricardo y a su mujer y, luego, se mantuvo una entrevista individual con ella, tras la que se le pasó un cuestionario sobre problemas de pareja. El mismo cuestionario fue también rellenado por Ricardo mientras esperaba fuera a que terminara la entrevista con su mujer. Al final de la sesión se realizó una observación análoga mientras ambos cónyuges discutían sobre un tema importante para ellos: sus problemas económicos.

Los datos recabados a lo largo de las tres sesiones de evaluación fueron los siguientes. El problema principal de Ricardo era un fuerte dolor sordo en el cuello y, más fuerte aún («insoportable»), en la espalda dos o tres veces al día, durando cada episodio entre una y tres horas. Ni la medicación, ni la rehabilitación ni la fisioterapia habían logrado disminuir su frecuencia o su intensidad. Últimamente había comenzado a tomar, sin supervisión médica, analgésicos adicionales. Lo único que lo aliviaba era quedarse quieto tendido boca arriba en la cama. Debido al dolor, tardaba bastante en dormirse y se despertaba con frecuencia. Mientras estaba despierto solía pensar en el accidente laboral que había sufrido y en los problemas con su mujer, sintiéndose fuertemente incomprendido e inútil. A causa del dolor y de no dormir bien, se sentía incapaz de comenzar a trabajar de nuevo, de hacer cualquier tipo de ejercicio e incluso de ayudar en casa, evitando hacer movimientos bruscos o doblar el cuerpo por temor a que le comenzara o le aumentara el dolor. Su postura y la forma de hablar durante las entrevistas (v.g., inclinación del cuerpo hacia delante, tono de voz, parquedad de palabras, mirada caída, etc.) parecían indicar que se encontraba al menos ligeramente deprimido. Él no se describía a sí mismo como «deprimido», pero sí como «alicaído», incomprendido, inútil, una carga para su familia y «sobrando en el mundo».

Las entrevistas y el cuestionario aplicado a ambos miembros de la pareja pusieron de manifiesto que las relaciones de pareja eran completamente inadecuadas. Marido y mujer discutían, se criticaban, se quejaban el uno del otro y se acusaban mutuamente con frecuencia. El tema de discusión más frecuente por parte de la mujer era la total inactividad (incluida la actividad laboral) de su marido y los problemas económicos que ello acarreaba a la familia, y, por parte de Ricardo, asuntos relacionados con la crianza de los niños, con el mal carácter de la mujer y, algunas veces, con el requerimiento que le hacía ella para que adoptara determinadas posturas durante las relaciones sexuales. No reconocían tener ningún tipo de actividad conjunta placentera (ni siquiera las relaciones sexuales, a las que él temía y a las que ella catalogaba como «un asco»). La observación análoga mientras discutían sobre los problemas económicos de la familia apoyó los datos extraídos de las entrevistas y del cuestionario: no había prácticamente puntos de acuerdo y sí muchas acusaciones hostiles por parte de ambos.

Las entrevistas y los datos de los autorregistros pusieron de manifiesto que los episodios de dolor de Ricardo aumentaban durante y tras las riñas con la mujer, así como cuando se encontraba más «alicaído». Lo mismo ocurría con los trastornos del sueño.

3.3. Puntos a tener en cuenta al realizar el FACCD del caso

1. Ricardo presenta varios problemas de comportamiento (v.g., dolor, estado de ánimo deprimido, problemas de sueño). Estos problemas de comportamiento se diferencian en su importancia, y en la fuerza y dirección de las relaciones causales que mantienen entre sí.

2. Los problemas de Ricardo están influidos por varias causas (v.g., relaciones familiares, preocupaciones al dormirse). Dichas causas se diferencian por la fuerza de su relación con los distintos problemas y por su modificabilidad. Por ejemplo, las preocupaciones al dormirse afectan fuertemente el insomnio y, a su vez, están afectadas fuertemente por las discusiones de pareja y por pensamientos de inutilidad. Hay, además, una variable inmodificable.

3. Es necesario, pues, establecer cómo se relacionan los problemas entre sí, las variables causales entre sí, y las variables causales con los problemas.

4. Debemos tener siempre presente que la finalidad de todo FACCD es la de ayudar al clínico a decidir sobre qué variables se debe centrar el tratamiento inicial del paciente. En éste, como en muchos otros casos, es difícil establecer sobre qué se debe intervenir en primer lugar, dado que se dan varios problemas y que existen varias causas importantes que afectan dichos problemas. Debido a que cada tratamiento posible consume tiempo y recursos (v.g., enseñar habilidades sociales y de comunicación que mejoren las relaciones familiares podría tardar al menos entre 6 y 10 sesiones), no todas las variables causales pueden atacarse simultáneamente. Es más, con frecuencia, intentar poner en marcha varios tratamientos a la vez puede resultar contraproducente, ya que se corre el riesgo de que (por las limitaciones de tiempo, motivación y recursos de los pacientes) no se aplique bien ninguno.

5. En el FACCD, pues, debe quedar claramente reflejada la variable causal sobre la que se debería actuar primero: aquella cuyo efecto clínico general sea máximo, para lo que se debe tener en cuenta la importancia del problema o problemas que se verán afectados, la fuerza de la relación de dicha variable con esos problemas y el grado de modificabilidad que esa variable tiene para un clínico en particular (no todos los terapeutas tienen la misma pericia para aplicar un determinado tratamiento).

Haga el FACCD de este caso. Una vez hecho, compárelo con el que se propone al final de este anexo II.

4. CASO DE GUILLERMO⁴

4.1. Motivo de consulta

El equipo de pediatría de un hospital materno-infantil envió a Guillermo a nuestra consulta porque no podía encontrar ninguna causa médica para sus problemas de alimentación: Guillermo no admitía la alimentación oral y vomitaba muchas veces al día. Ante esta situación, el equipo médico que lo atendía supuso que debían existir problemas psicológicos que explicaran su trastorno pediátrico y nos lo remitió por si podíamos prestarle algún tipo de ayuda, ya que no eran partidarios de darle medicación para que retuviera los alimentos y, por otra parte,

no consideraban conveniente mantener de forma indefinida la situación actual.

Guillermo lleva ya cinco meses recibiendo la alimentación prácticamente sólo a través de un tubo nosogástrico, ya que no ha resultado posible alimentarlo oralmente de forma normal. Debido a este tipo de alimentación, su estado nutricional es adecuado. Sin embargo, la situación de alimentación forzada es insostenible a largo plazo. Guillermo tomó el pecho materno de forma normal, no comenzando los problemas hasta que tenía cuatro meses y su madre comenzó a trabajar de nuevo. En ese momento se intentó que comenzara a combinar el pecho (cuando la madre estaba en casa) con el biberón (cuando la madre se encontraba en el trabajo). Sin embargo, los intentos del padre por darle el biberón fueron del todo infructuosos, ya que Guillermo apartaba la cabeza, la sacudía, gritaba y se atragantaba al arrojar la leche tanto por la boca como por la nariz. Tras un par de meses intentando que llevara este doble tipo de alimentación y ante su evidente retraso en el peso que ya debía presentar, se optó por comenzar la alimentación a través de un tubo nosogástrico, ya que a la madre se le había retirado la leche y, a pesar de que ésta había dejado el trabajo, no era posible volver al tipo de alimentación anterior.

Ante esta situación, nos propusimos como meta de la evaluación averiguar si existían comportamientos de los padres o circunstancias ambientales que estuvieran contribuyendo a mantener las dificultades de alimentación de Guillermo y, si resultaba posible, ayudarle a ingerir la comida de forma oral, sin la ayuda del tubo nosogástrico, disminuir sus vómitos y, en última instancia, favorecer que tuviera un desarrollo psicológico y social normal.

4.2. Consulta de bibliografía sobre el problema del caso

Dado que los problemas de Guillermo eran un caso poco usual en nuestra consulta y, por tanto, carecíamos de experiencia sobre el mismo, vimos la necesidad de consultar la bibliografía científica que pudiera existir al respecto.

1. En primer lugar, por estas lecturas averiguamos que existen varias etapas en la alimentación infantil. La primera fase ocurre durante la infancia temprana (de 1 a 4 meses, aproximadamente) cuando la leche materna y los preparados para biberón son los únicos medios de nutrición. Posteriormente (entre los 4 y los 6 meses) suelen añadirse a la dieta papillas y comidas molidas o machacadas. En la tercera y cuarta etapas (6 a 12 meses), el niño comienza a comer con los dedos,

toma líquidos en vaso o taza y se añaden alimentos sólidos blandos para complementar la dieta. Finalmente, después de los 12 meses de edad, los niños comienzan a tomar las mismas comidas que los padres y empiezan a desarrollar fuertes preferencias por ciertos tipos de alimentos o por la forma de prepararlos. Sin embargo, si por alguna causa (por ejemplo, por haber sido alimentado mediante sonda) falta el período crítico durante el que se realiza la introducción de comidas sólidas orales, muchos niños desarrollan una fobia pronunciada a la comida sólida y terminan por rechazarla completamente (Satter, 1999). Además, el niño que no ha pasado por estos períodos críticos (4 a 6 meses para la aceptación de nuevos sabores, 6 a 7 meses para la aceptación de nuevas texturas de la comida) puede tener problemas añadidos al masticar y tragar la comida debido a la inmadurez en los movimientos de la lengua, lo que incluso puede llevar a que se produzcan obstrucciones (Linscheid, Budd y Rasnake, 2003).

2. De acuerdo con algunas investigaciones publicadas, los intentos maternos de aumentar la toma de comida en niños con problemas de alimentación pueden terminar empeorando, tanto los hábitos de alimentación del niño como las interacciones de la madre con el niño durante los intentos por darle de comer (Ramsay, 1995).

3. Una forma efectiva de tratar los problemas de rechazo de la comida es hacer que la persona que alimenta al niño le preste «atención social diferencial», consistente en darle refuerzo social positivo ante las conductas de cooperación en las comidas y pasar completamente por alto (extinción) las conductas que se desea erradicar (Linscheid et al., 2003).

4. La alimentación diaria y continuada a través de tubos nosogástricos parece anular las sensaciones de hambre en los niños (Linscheid et al., 2003).

Por lo averiguado durante los primeros momentos de la evaluación de Guillermo, a éste le faltaron los períodos críticos para introducir nuevos sabores y texturas de la comida y era posible que presentara inmadurez de los movimientos de la lengua que obstaculizaban su alimentación oral. Esta última posibilidad parecía venir apoyada por la observación de que Guillermo tardaba un tiempo inusual en tragar cada cucharada de comida y que hacía múltiples movimientos masticatorios antes de tragar, incluso cuando ingería líquidos o

papillas. Si esto es así, la inmadurez de los movimientos de la lengua también podría estar contribuyendo a que rehusara alimentarse oralmente.

4.3. Antecedentes actuales de la conducta-problema

Utilización del tubo nosogástrico

La alimentación artificial a través del tubo le proporciona a Guillermo el cien por cien de sus necesidades nutritivas diarias. Debido a ello, Guillermo probablemente no experimenta sensaciones de apetito o de hambre, lo que explicaría por qué rechaza los intentos para que ingiera alimentos por vía oral (v.g., empujando la cuchara lejos de la cara o dándole manotazos y apretando con fuerza las mandíbulas). En el hospital, las enfermeras habían observado que estos comportamientos de rehusar la comida aumentaban en los días de mucho calor.

El uso diario y frecuente del tubo también parecía producirle vómitos a Guillermo. Por ejemplo, su padre nos informó de que, aunque el niño había comenzado a vomitar desde el mismo momento en que se le intentó retirar la leche materna y alimentarlo de forma más acorde con su edad, los vómitos habían aumentado desde que se le estaba alimentando con el tubo y que éstos habían disminuido algo cuando bajaron el número de horas en que se utilizaba el tubo a diario.

Emociones negativas

Guillermo rehúsa mucho más la comida cuando está de mal humor, rechazando la cuchara, pegándole manotazos, volviendo la cara hacia un lado y, como resultado, apenas comiendo. Si se le restringen los movimientos (v.g., para que no pueda apartar o volver la cabeza), aumenta la negativa a comer. Incluso cuando lo cogen en brazos para darle de comer, tiende a comer menos que si lo dejan en la silla o el carrito. Además, come menos si lo atan a la silla para que no se mueva. De la misma forma, los vómitos también aumentan cuando se encuentra enfadado y gritando.

Fuerte preferencia por algunos tipos de comida

Lo único que parece gustarle a Guillermo es el arroz caldoso con pollo muy

desmenuzado y el agua, tendiendo a rechazar casi cualquier otra comida o líquido (v.g., los preparados para biberón o los zumos). En general, cuando se le da arroz caldoso con pollo muy desmenuzado, es poco probable que lo rehúse, en tanto que es casi imposible hacerle comer cualquier otra cosa.

Atención social indiscriminada

La observación de las comidas de Guillermo mostró que su madre reaccionaba de manera semejante, tanto si el niño aceptaba como si rechazaba la comida, ya que, según manifestó, se esforzaba por ser paciente y comprensiva con el problema de su hijo. La ausencia de respuestas diferenciadas ante los comportamientos de alimentación negativos y positivos de Guillermo no le enseñaba a éste a discriminar entre los comportamientos aceptables e inaceptables.

4.4. Contingencias de respuesta de los comportamientos-problema

Escape

Según parece, Guillermo rechazaba la alimentación oral para escapar de situaciones molestas de alimentación. Por ejemplo, no comía si de alguna forma se le restringían los movimientos, mientras que sí podía hacerlo (aunque no con frecuencia) si se le sentaba en un balancín que tenía. Probablemente también estaba influyendo el hecho de que, al ser alimentado habitualmente mediante el tubo, no tenía sensaciones de hambre ni sentía apetito cuando se le intentaba dar de comer de forma oral.

Los vómitos de Guillermo también podrían servir para escapar de la sensación molesta de sentirse obligado a comer sin hambre, así como de la estimulación del esófago que producía el tubo. Además, el vomitar puede ser una reacción condicionada del esófago cuando se tiene el estómago lleno.

Atención de la madre

El problema de alimentación de Guillermo probablemente estaba reforzado por la atención de su madre, aunque la atención de ésta no sólo se limitaba a los momentos de la comida. Esto es, la madre pasaba la mayor parte del día

atendiéndolo y jugando con él, ya que desde que comenzaron los problemas había dejado de trabajar. De hecho, esta atención constante parecía haber retrasado levemente el lenguaje y el desarrollo motor del niño en lo referente al ponerse de pie y, sobre todo, al andar sin ayuda, cosa que intentaba evitar la madre siempre que se encontraba cerca. Los vómitos periódicos también parecían aumentar la atención de la madre, ya que en cuanto vomitaba, ésta acudía a limpiarlo y a atenderlo.

Haga el FACCD de este caso. Una vez hecho, compárelo con el que se propone al final de este anexo II.

5. CASO DE JUAN

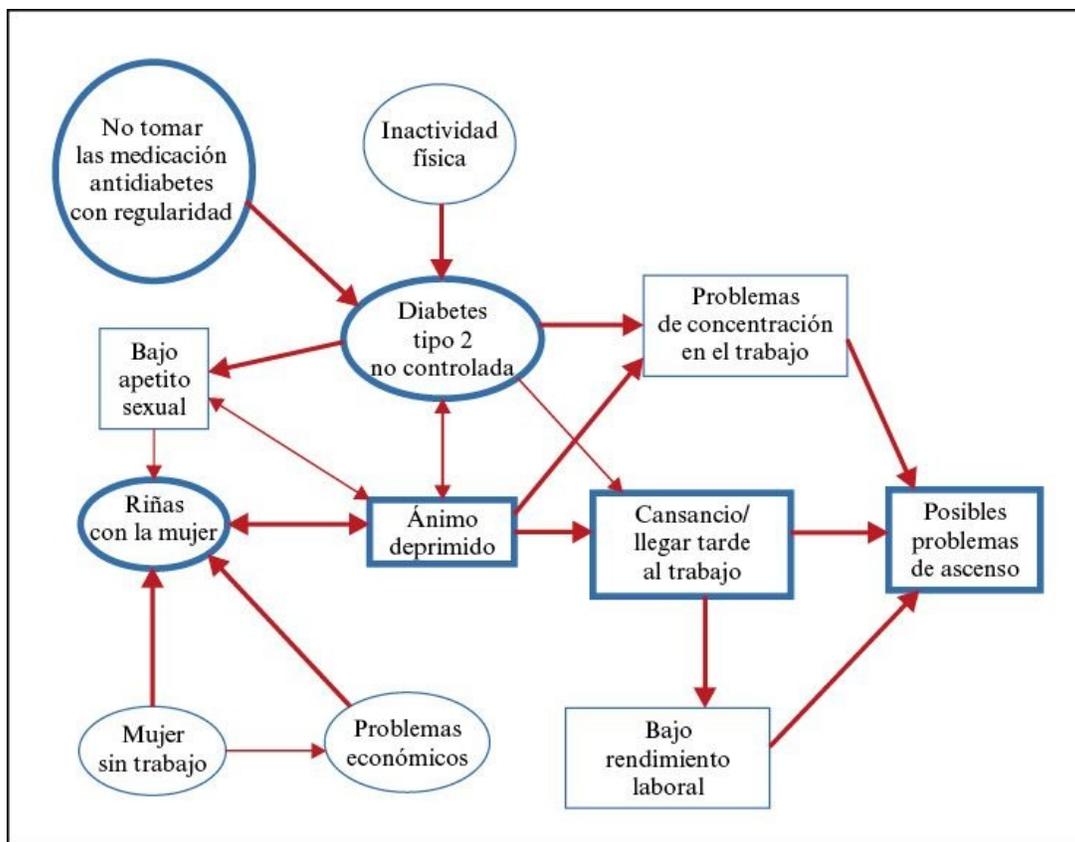


Figura II.1.—FACCD de un varón, Juan, de 45 años, visto en consulta externa de salud mental, con quejas de fatiga, falta de concentración y estado de ánimo deprimido. Muchas variables causales se asociaban con una diabetes mal controlada y con problemas de pareja (Kaholokua et al., 2009).

6. CASO DE ANA MARÍA

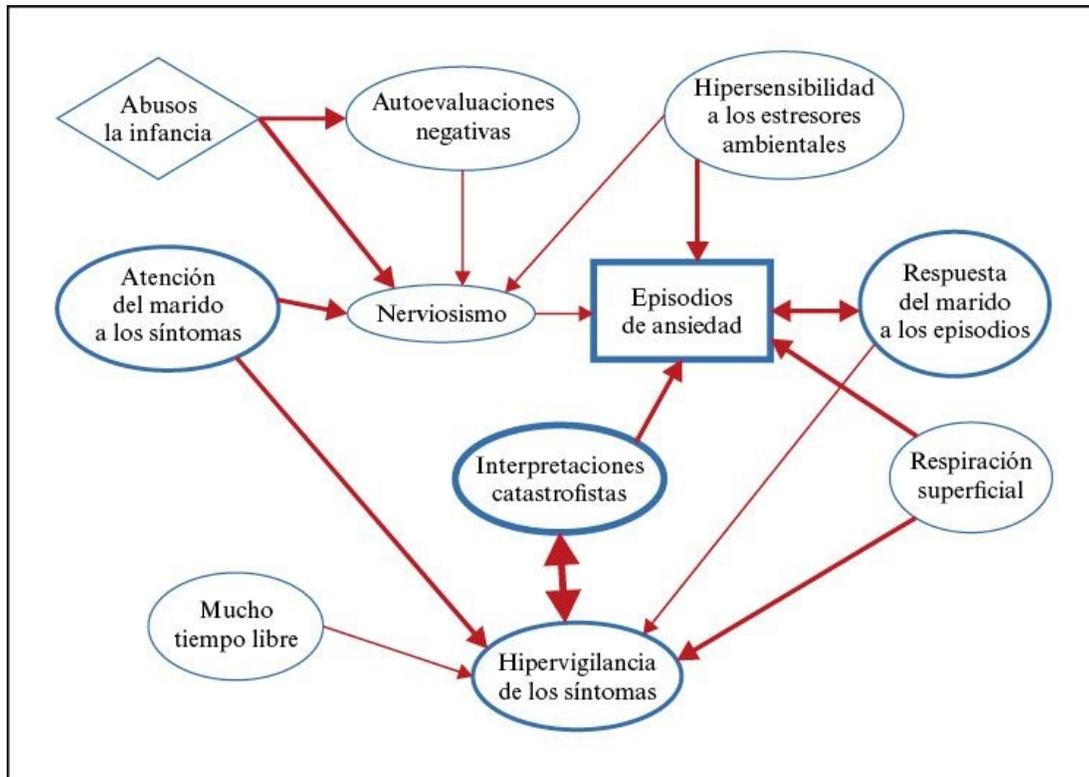


Figura II.2.—FACCD de una mujer, Ana María, de 45 años, con episodios frecuentes de ansiedad/pánico. Las variables causales se asociaban a factores cognitivos (v.g., hiperactividad de los síntomas, autoevaluaciones negativas), estresores ambientales, alto nivel de activación fisiológica y refuerzos del esposo (Haynes, 1998).

7. CASO DE RICARDO

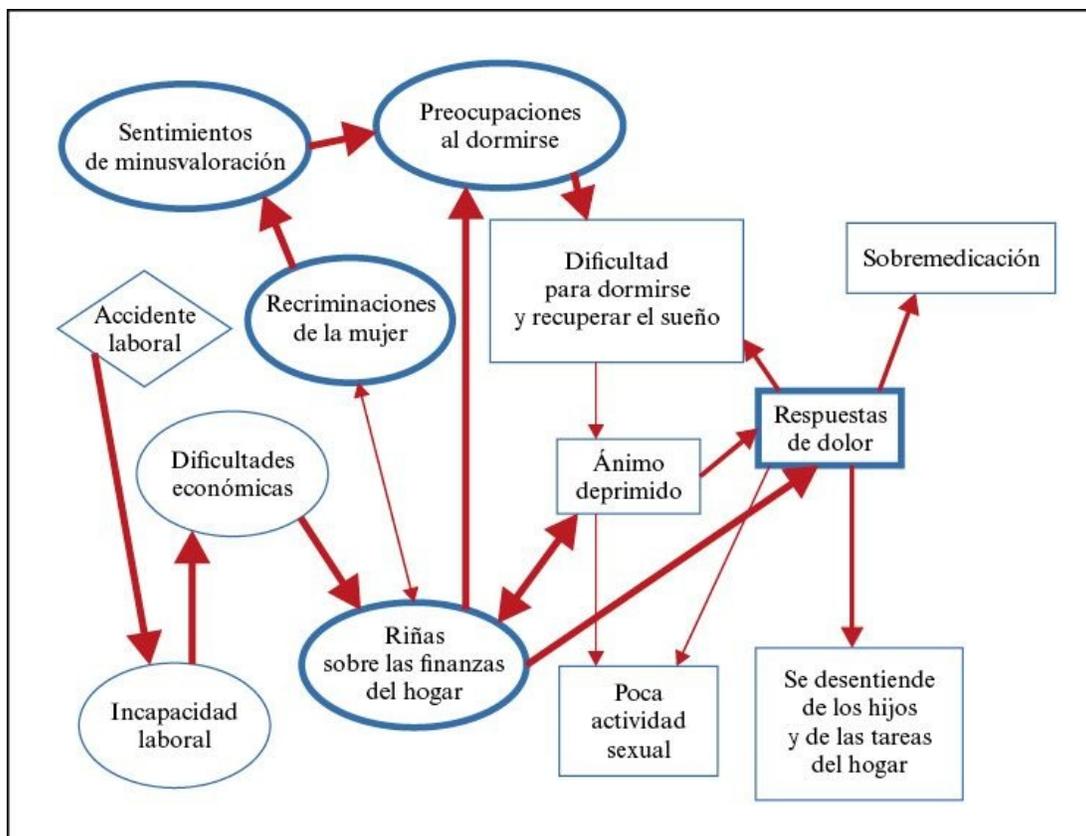


Figura II.3.—FACCD de varón de 50 años, Ricardo, con quejas crónicas de dolor. Remitido por su médico, que no encontraba ninguna base física para sus quejas. Comportamiento de dolor asociado con estado de ánimo deprimido, utilización de medicación y retraimiento en las relaciones familiares. La preocupación y los problemas de sueño y de pareja exacerbaban las respuestas de dolor (Haynes et al., 2001; Haynes y Williams, 2003).

8. CASO DE GUILLERMO

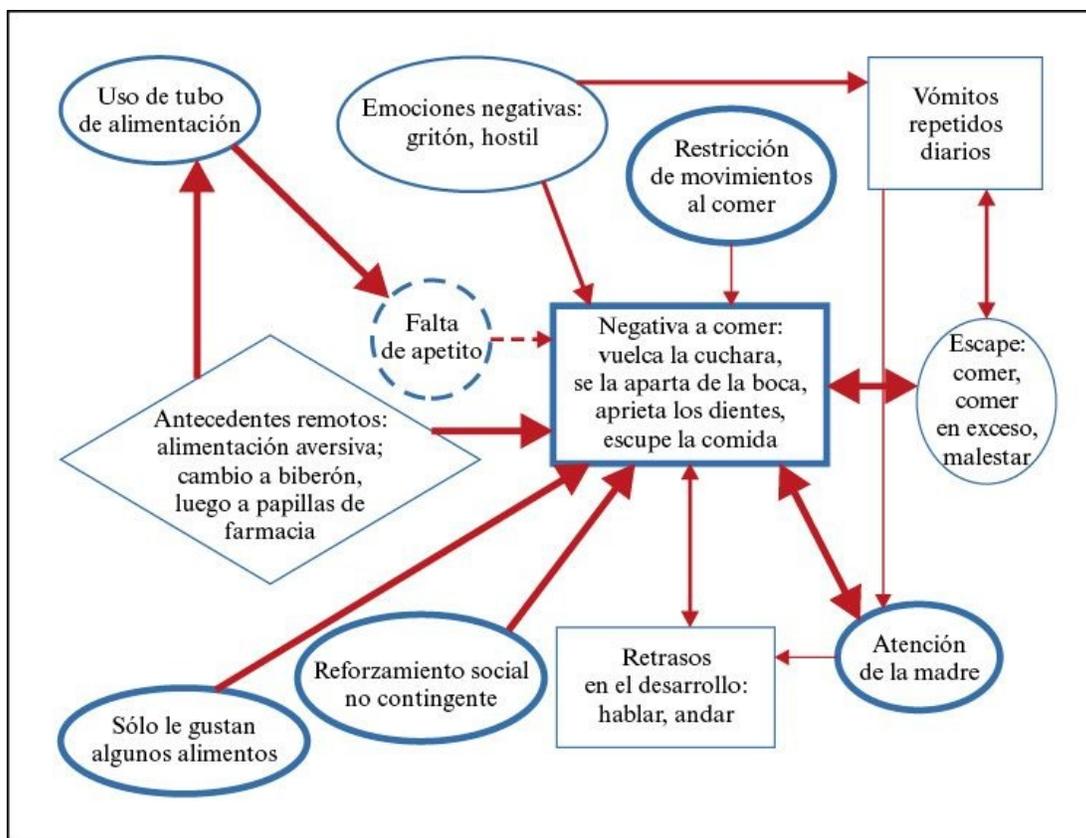


Figura II.4.—FACCD de un niño de 20 meses de edad, Guillermo, con problemas de alimentación y de retraso del desarrollo. Los problemas alimentarios se asociaban con una historia de experiencias aversivas al comer, refuerzo social y con probables mediadores biológicos.

9. CASO DE NOELIA

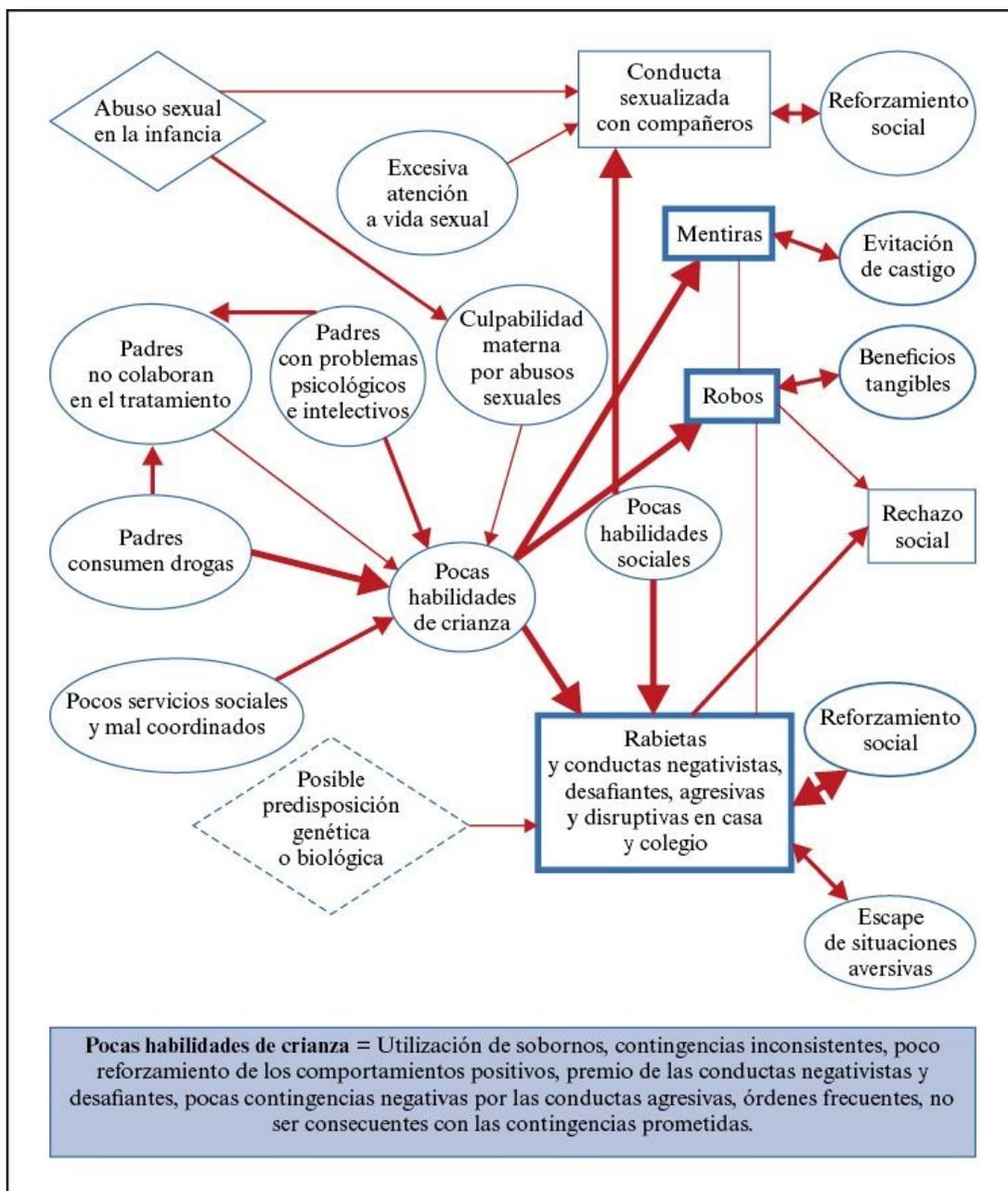


Figura II.5.—FACCD de una niña de 8 años, Noelia, con graves comportamientos antisociales negativistas, desafiantes, agresivos y de rabieta. La mayoría de las variables causales se asociaban a pocas habilidades de crianza de los padres.

NOTAS

- 1 Tomado, con modificaciones, de Kaholokua et al. (2009).
- 2 Tomado, con modificaciones, de Haynes (1998).
- 3 Tomado, con modificaciones, de Haynes y Williams (2003).

4 Niño de 20 meses de edad.

APÉNDICE

Esquema para la cuantificación del análisis funcional y del FACCD

Nuestro esquema para la cuantificación del análisis funcional está basado en la investigación previa sobre juicio clínico y toma de decisiones (véanse, por ejemplo, Birnbaum (1998), Garb, 1989; Godoy, 1996, y Nezu y Nezu, 1989). Aunque la mayoría de las variables en el análisis funcional se pueden considerar como continuas, y se pueden tratar como tales al estimar las vías de influencia causal de una variable, la investigación sugiere que se utilice una gama limitada de valores. Por ejemplo, al estimar la «importancia» del problema de un paciente, la fiabilidad y la validez de dicha estimación no mejoran más si se utiliza una escala de 100 puntos que si se utiliza una escala de 3 puntos. De hecho, la investigación ha puesto de manifiesto que los clínicos no solemos diferenciar (ni suele ser necesario que lo hagamos) más allá de tres niveles: nunca, a veces, con frecuencia; o mucho, poco, regular. Las escalas de más de cinco niveles se desaconsejan. Primero, porque no suelen ser necesarias. Segundo, porque aparentan más precisión de la que realmente tienen. Por ello, hemos limitado los coeficientes de los elementos en el análisis funcional a tres niveles: ligero, moderado, y grave; o débil, moderado y fuerte (en su representación numérica hemos utilizado 0,2; 0,4 y 0,8).

La figura A.1 representa un sistema de valores aplicable a los elementos del análisis funcional. En la figura se ha representado (con números y mediante el grosor de las líneas) que Y_3 es dos veces más importante que Y_2 , que a su vez es dos veces más importante que Y_1 ; la relación causal entre X_2 e Y_2 es dos veces más fuerte que la relación causal entre X_1 e Y_1 ; X_3 es dos veces más modificable que X_2 y cuatro veces más que X_1 . El sistema de cuantificación presentado aquí

es un ejemplo, e, igual que se ha utilizado éste, podrían haberse utilizado otras representaciones igualmente válidas y útiles. Lo único que debe conseguirse al utilizar cualquier tipo de sistema de cuantificación es que los valores de los elementos reflejen los juicios del clínico.

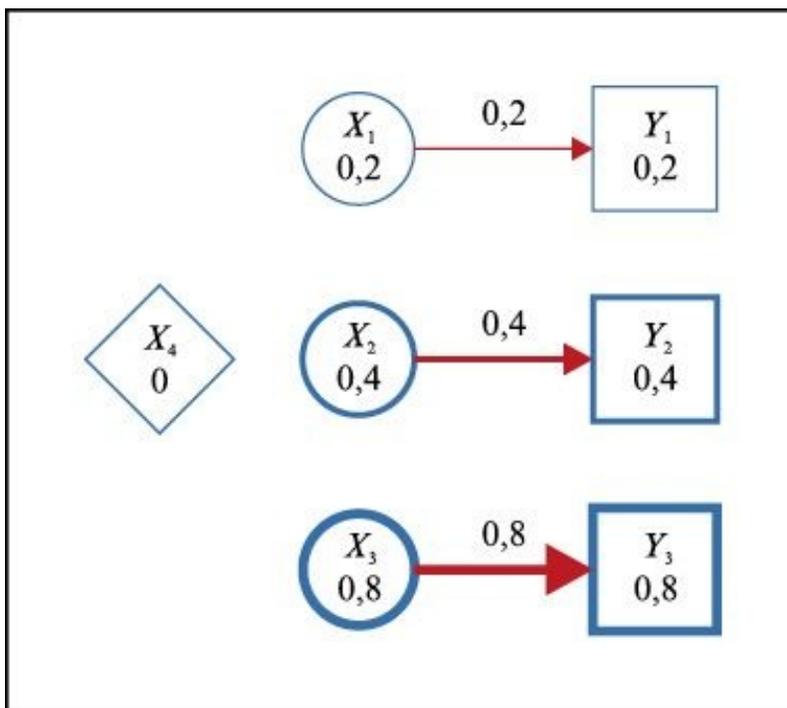


Figura A.1.—Esquema de cuantificación de las relaciones funcionales representadas en un FACCD. Hay tres niveles posibles de valores (0,2, 0,4, y 0,8) para cada elemento del FACCD: la modificabilidad de las variables causales (X), la fuerza de las relaciones funcionales (flechas), y la importancia de los problemas (Y).

La figura A.2 ilustra el uso de este sistema cuantitativo con un diagrama clínico analítico funcional del caso. De acuerdo con lo dicho en la figura A.1 y la investigación sobre juicio clínico, los valores en el FACCD se restringen a tres niveles de importancia del problema, a tres niveles de fuerza de las relaciones funcionales y a tres niveles de modificabilidad de las variables causales. Obsérvese también que el FACCD en la figura A.2 es incompleto, ya que otros problemas y relaciones causales (no representados) también eran importantes para esta persona.

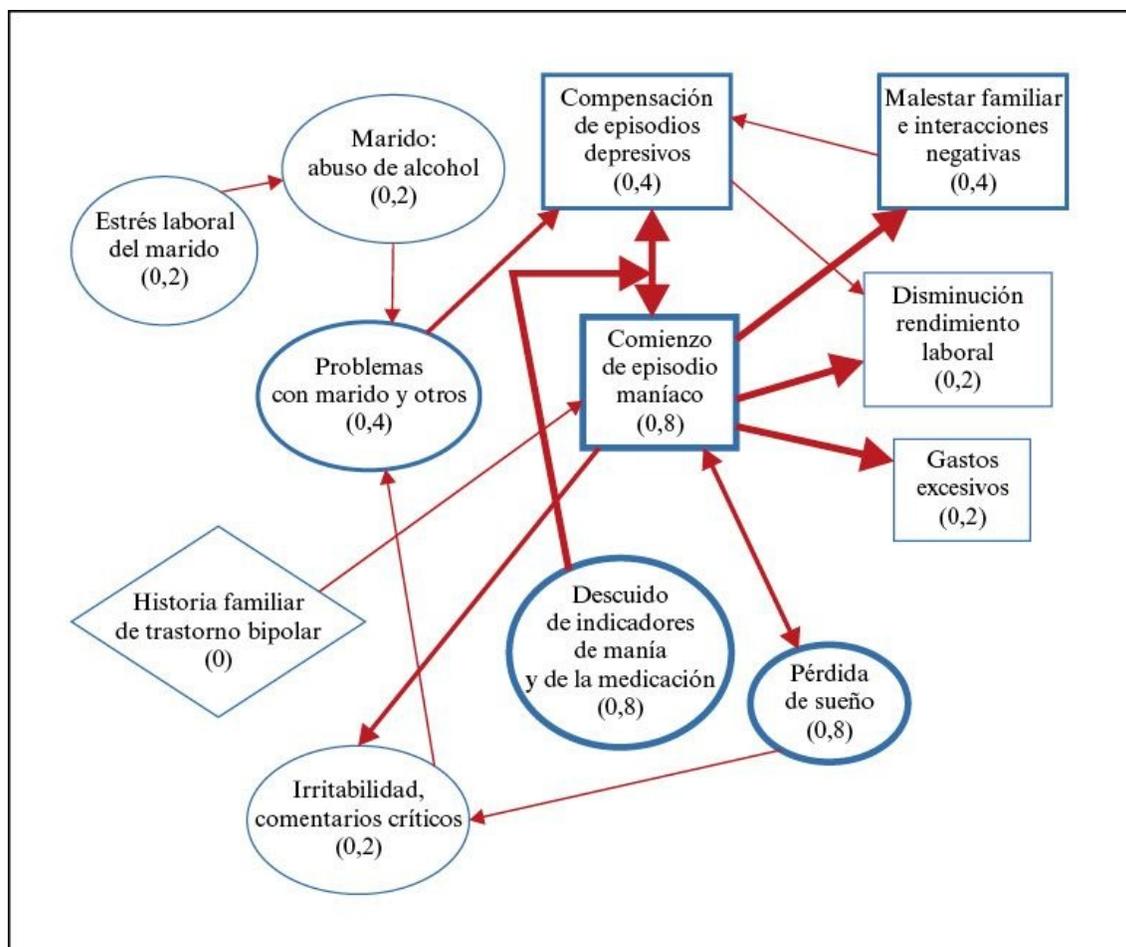


Figura A.2.—FACCD con valores cuantitativos que representa el problema de una mujer casada de 33 años que buscaba tratamiento para disminuir sus episodios maníacos. El diagrama causal ejemplifica tres niveles de importancia del problema, tres niveles de fuerza de las relaciones funcionales y tres niveles de modificabilidad de las variables causales.

Normalmente, en contextos clínicos, tal como se ha hecho a lo largo de este libro, los valores numéricos se pueden omitir en el FACCD, ya que la información que conllevan también se representa mediante el grosor de las líneas. Por ello, utilizar tanto el grosor de las líneas como los valores numéricos para representar la fuerza, la importancia y la modificabilidad puede considerarse redundante. La representación mediante valores numéricos, sin embargo, se presta bien a realizar cálculos, tal como se señala en el apartado siguiente.

1. CÁLCULO DE VÍAS CAUSALES

Pearls (2000) ha presentado la forma de realizar cálculos sobre el tipo de vías causales como las representadas en un FACCD, de tal forma que resulta posible estimar el impacto de una o más variables (las causas) sobre otra u otras variables (los problemas), a menudo con influencias causales múltiples e interrelacionadas, al mismo tiempo que se atiende a las posibles variables mediadoras y moderadoras que puedan encontrarse a lo largo de la vía de influencia causal. En nuestro caso, los valores de los elementos dentro de un FACCD determinado son relativos y sólo tienen vigencia dentro de dicho FACCD. De esta forma, dentro de un FACCD determinado, 0,2 aplicado a un problema significa que dicho problema es menos importante que otro problema al que se le ha aplicado 0,4. De igual forma, 0,4 aplicado a una causa significa que dicha causa es más modificable que una a la que se le haya aplicado 0,2, y menos modificable (o modificable con más dificultad, tiempo o esfuerzo) que otra a la que se le haya aplicado el valor 0,8. En ningún caso debe entenderse que si el problema de un paciente recibe una importancia de 0,4 (en el FACCD de ese paciente) y la importancia del problema de otro paciente (en su FACCD) es también de 0,4, ambos problemas tienen el mismo grado de importancia. Lo único que se expresa con 0,4 es que, en ambos casos, dichos problemas tienen una importancia intermedia *en relación al resto de problemas* presentados por cada uno de los pacientes. Los valores numéricos empleados en los FACCD, pues, nunca son valores absolutos y siempre han de interpretarse *en relación al resto de valores* del FACCD en el que aparecen.

Hemos elegido los valores decimales 0,2, 0,4 y 0,8 porque se prestan bien a ser aceptados por los clínicos, que suelen estar acostumbrados a los valores decimales que expresan probabilidades o coeficientes de correlación. Somos conscientes, no obstante, de que estos valores numéricos no son ni probabilidades (de ningún tipo) ni coeficientes de correlación (de ningún tipo), ni pesos de regresión, sino estimaciones subjetivas que pueden resultar de utilidad clínica a la hora de decidir, en cada caso concreto, sobre qué variable conviene aplicar el tratamiento. Así, vamos a proponer a continuación que estos valores se pueden sumar entre sí (sin mayores consideraciones), lo que no es lícito hacer con las correlaciones. De la misma forma, la suma de estos valores con frecuencia va a ser mayor que la unidad, lo que nunca puede ocurrir si se tratara de probabilidades.

Así pues, los coeficientes de las vías causales (las flechas del FACCD) representan el grado estimado del efecto causal. Los efectos causales se expresan

en las escalas asociadas comúnmente a correlaciones o a coeficientes de regresión, que varían entre $-1,0$ (una relación funcional inversa perfecta) a $1,0$ (una relación funcional directa perfecta), expresando el $0,0$ la ausencia de relación funcional. Sin embargo, los coeficientes de las vías (flechas) de un modelo causal son diferentes de los coeficientes de regresión parcial utilizados en muchas aplicaciones estadísticas, ya que, entre otras cosas, no se tiene en cuenta la variación compartida con otras variables. Así por ejemplo, a varias vías causales (flechas del FACCD) asociadas con un mismo problema se les puede asignar un valor de $0,8$ (y, por tanto, su suma sería superior a la unidad).

Para las vías no dirigidas (que unen variables correlacionadas pero sin relaciones funcionales de tipo causal; representadas en el FACCD mediante líneas sin puntas de flecha) los coeficientes representan el grado estimado de correlación (no causal): las variables covarían perceptiblemente, pero el cambio en una de ellas se supone que no tiene por qué afectar al cambio en la otra. Es más, se asume que su covariación es función de otros factores (por ejemplo, el efecto compartido con una tercera variable; véase la discusión sobre comorbilidad del capítulo 3). Los coeficientes de vías se puede concebir que están expresados en escalas de razón: un coeficiente de $0,8$ sugiere una relación dos veces más fuerte que un coeficiente de $0,4$, incluso cuando no refleja la verdadera variación común entre las variables.

En su forma más simple, el efecto de una variable causal (X_i) sobre un problema del comportamiento (Y_i) es la suma de todas las vías (flechas) desde X_i a Y_i (indicadas como X_i/Y_i). Por ejemplo, en el FACCD de la figura A.3, hay dos vías causales de X_1 a Y_1 y una vía causal de X_2 a Y_1 . Considérese, por ejemplo, que X_1 representa conflictos de la pareja, X_2 representa abuso de alcohol, e Y_1 representa humor deprimido. La magnitud total estimada del efecto de X_1 sobre Y_1 se da a través de dos vías y, por ello, se calcula mediante la suma de los dos coeficientes. Dado que el FACCD es siempre idiográfico, aplicándose solamente a una persona, la magnitud del efecto [$ME(X_1/Y_1)$] es sobre todo útil cuando se comparan los efectos de otras variables causales, por ejemplo [$ME(X_2/Y_1)$] dentro del mismo FACCD. Esta comparación permite que el clínico se haga una idea de la magnitud relativa del efecto de un tratamiento que modifica X_1 en comparación con un tratamiento que modifica X_2 .

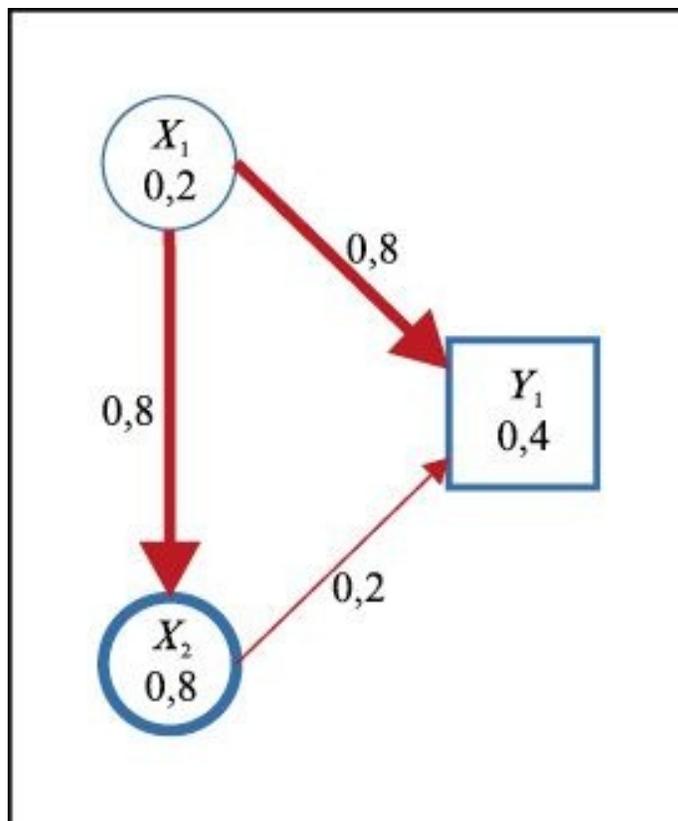


Figura A.3.—Diagrama causal que ilustra los valores asignados a la importancia del problema, la modificabilidad de la variable causal y la fuerza de relaciones causales.

En la figura A.3, la magnitud del efecto de las dos variables causales se calcula como sigue (nótese que hay dos trayectorias causales desde X_1):

$$ME(X_1/Y_1) = (0,2 \times 0,8 \times 0,4) + (0,2 \times 0,8 \times 0,8 \times 0,2 \times 0,4) = 0,064 + 0,010 = 0,074$$

$$ME(X_2/Y_1) = (0,8 \times 0,2 \times 0,4) = 0,064$$

$ME(X_1/Y_1)$ es la magnitud del efecto total de X_1 sobre Y_1 .

Por tanto, la magnitud del efecto sobre Y_1 es en torno al 9 por 100 mayor para X_1 que para X_2 . Como observamos ya, cualquier sistema de valores para los elementos de un diagrama causal que mantenga la proporcionalidad entre los elementos daría lo mismo: alrededor del 9 por 100.

Lo mismo dicho en palabras: la figura A.3 indica que, para esta persona, los conflictos de pareja (X_1) no son muy modificables, pero tiene un efecto fuerte y directo sobre su estado de ánimo deprimido (Y_1). Los conflictos de pareja (X_1) también afectan el estado de ánimo (Y_1) de la persona mediante una fuerte influencia sobre el abuso de alcohol (X_2), que a su vez tiene un efecto débil adicional sobre el estado de ánimo (Y_1). En esta vía secundaria, el efecto de los problemas de pareja sobre el estado de ánimo está mediado parcialmente por el abuso del alcohol que sigue a dichos conflictos. En la misma figura A.3 se indica que, en esta persona, el abuso de alcohol es más modificable que los conflictos de pareja; sin embargo, esta modificación tendría un efecto más débil sobre su estado de ánimo deprimido.

Como se puede ver, la cuantificación puede ayudar en las decisiones clínicas más difíciles: ¿Deben los esfuerzos de tratamiento centrarse en una variable causal más potente pero menos modificable, o en una variable causal menos potente pero más modificable? Por supuesto, como hemos dicho antes, hay otras muchas consideraciones que deben afectar esta decisión.

Aunque los valores asignados a los modelos causales sean imprecisos y representen juicios relativos, especialmente en su uso clínico en los FACCD, pueden resultar útiles si son congruentes con las variables de la vida real y las relaciones funcionales que representan. Un coeficiente de 0,8 debe indicar variables causales altamente modificables o una relación funcional muy fuerte. Si no lo hace, las inferencias derivadas del diagrama causal es probable que sean engañosas y lleven al clínico a errar al estimar el grado en el que un problema de comportamiento puede modificarse.

Volvemos a hacer hincapié sobre la naturaleza relativa y no excluyente del análisis funcional. Debido a que las relaciones causales de un problema no son exclusivas, que los valores dentro de un diagrama son relativos, y que el FACCD es siempre incompleto, la suma de todas las magnitudes de los efectos pueden ser mayores que la unidad. Por ejemplo, un coeficiente de vía causal fuerte (por ejemplo, de 0,8) entre los pensamientos estresantes y la tardanza en dormirse, no impide que también exista una vía igualmente fuerte entre la toma de estimulantes y la tardanza en dormirse. Ambas variables causales pueden estar correlacionadas, pueden actuar en diversos contextos, pueden representar diversos modos o niveles de los mismos fenómenos, o una puede funcionar como

un mediador de la otra.

2. LOS VALORES RELATIVOS DE ELEMENTOS EN UN FACCD

Reiteramos que la escala utilizada para representar los valores relativos de los elementos en un FACCD (y en otros usos de los diagramas causales usados en este libro) es estandarizada pero flexible. Los coeficientes en un FACCD no tienen significado absoluto; esto es, no reflejan la varianza explicada en los problemas del comportamiento o en sus relaciones funcionales. Más bien, lo que reflejan son los valores relativos de los juicios del clínico, tal como se aplican en un FACCD particular. Por ejemplo, si estamos estimando qué variable causal tiene el impacto más grande en un problema y suponemos que una relación causal tiene dos veces el efecto de otra, cualquier asociación lineal entre los valores que refleje esta razón de 2 a 1 dará lugar a juicios idénticos. Una fuerza relativa del efecto de 0,8 contra 0,4 es igual que 0,6 contra 0,3, en términos de cálculo de tamaños relativos del efecto (téngase presente que se ha de ser congruente con las relaciones de la vida real). De igual forma, una fuerza de la relación de 0,8 entre X_1 e Y_1 no significa que el 80 por 100 de la varianza en Y_1 se pueda explicar mediante X_1 . Tiene significado únicamente en relación con otros coeficientes de vía en el mismo FACCD.

Los valores asignados a la importancia del problema y a la modificabilidad de sus variables causales en los FACCD son también relativos y tienen sentido solamente cuando se los compara con los valores de los mismos elementos en el mismo FACCD. El único propósito de los valores numéricos asignados a la importancia es el de ordenar los distintos problemas del comportamiento de un paciente de tal forma que se facilite la estimación de la magnitud del efecto de las variables causales dentro del modelo. Las decisiones sobre las ventajas relativas de los diversos focos del tratamiento no diferirán en función de si dos problemas del comportamiento son clasificados como 0,8 y 0,4, o como 4 y 2, o como 100 y 50. En cada caso, el primer problema se ha estimado que es dos veces más importante que el segundo, y la magnitud del efecto (la ventaja para el paciente) asociada a su modificación se estima que será el doble que la modificación del segundo problema.

3. VENTAJAS DE LA CUANTIFICACIÓN

Vamos a presentar dos ejemplos para mostrar cómo la cuantificación del análisis funcional y del FACCD puede facilitar las decisiones clínicas sobre el tratamiento más conveniente a aplicar. La figura A.4 es el FACCD de una persona con tres problemas de comportamiento y 5 variables causales. Como puede apreciarse, hay interacciones causales entre los problemas y entre dos variables causales, y también una variable moderadora.

La pregunta a hacerse es la siguiente: ¿qué variable causal tiene una magnitud del efecto mayor sobre los problemas de esta persona? O lo que es lo mismo, ¿qué variable, de las representadas, de ser modificada, produciría una mayor ventaja para esta persona? (es decir, ¿sobre qué variable causal se debe centrar el tratamiento?). Para contestar a esta pregunta, calcularemos el valor del efecto resultante para cada una de las vías (flechas) que influyen sobre los comportamientos-problema (recuérdese que nuestro juicio sobre el tratamiento deberá basarse en el valor relativo de los valores obtenidos, no en su valor absoluto). Utilizaremos los mismos valores que hemos empleado en la figura A.1: 0,8, 0,4 y 0,2.

Como ilustra la figura A.4, hay una vía causal de X_1 a Y_1 (designada con la letra c); una vía causal de X_2 a Y_1 (d) y dos vías causales de X_2 a Y_2 (la que pasa por Y_1 : $d + a$; y la que pasa por X_3 : $h + e$). Nótese que cuando un problema (Y_1) se encuentra en medio de la cadena causal de otro problema (Y_2), la importancia del primer problema es irrelevante con respecto a su efecto sobre el segundo. Por ello, no figurará en la ecuación, ya que no influye en la fuerza de las relaciones causales entre las otras dos variables.

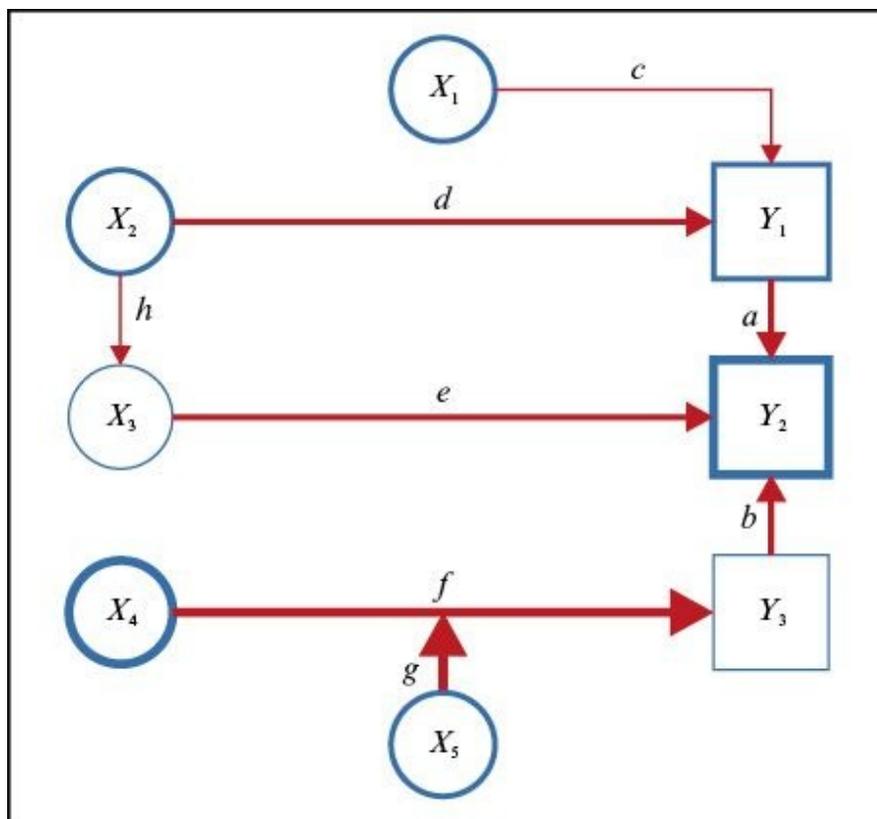


Figura A.4.—FACCD de una persona con tres problemas del comportamiento y 5 variables causales (X_5 es una variable moderadora). Los valores cuantitativos de los elementos son idénticos a los de la figura 3.1: el problema Y_2 es dos veces más importante que Y_1 ; e Y_1 , dos veces más importante que Y_3 . Las relaciones causales f y g son dos veces más fuertes que las relaciones causales a , b , d y e , que son iguales entre sí; las relaciones causales a , b , d y e , a su vez, son el doble de fuertes que las relaciones causales c y h , que son igual de fuertes. Por último, como expresa el grosor de las líneas, X_4 es la variable causal más modificable; las variables causales X_1 , X_2 y la variable moderadora X_5 son todas ellas menos modificables que X_4 pero más que X_3 , e iguales entre sí en cuanto a modificabilidad; la variable X_3 es la menos modificable.

Si, utilizamos la misma asignación de valores que en los FACCD de los ejemplos anteriores (0,8 para las líneas más gruesas; 0,4 para las líneas de grosor intermedio; y 0,2 para las líneas más finas), la situación quedaría como se representa en la figura A.5:

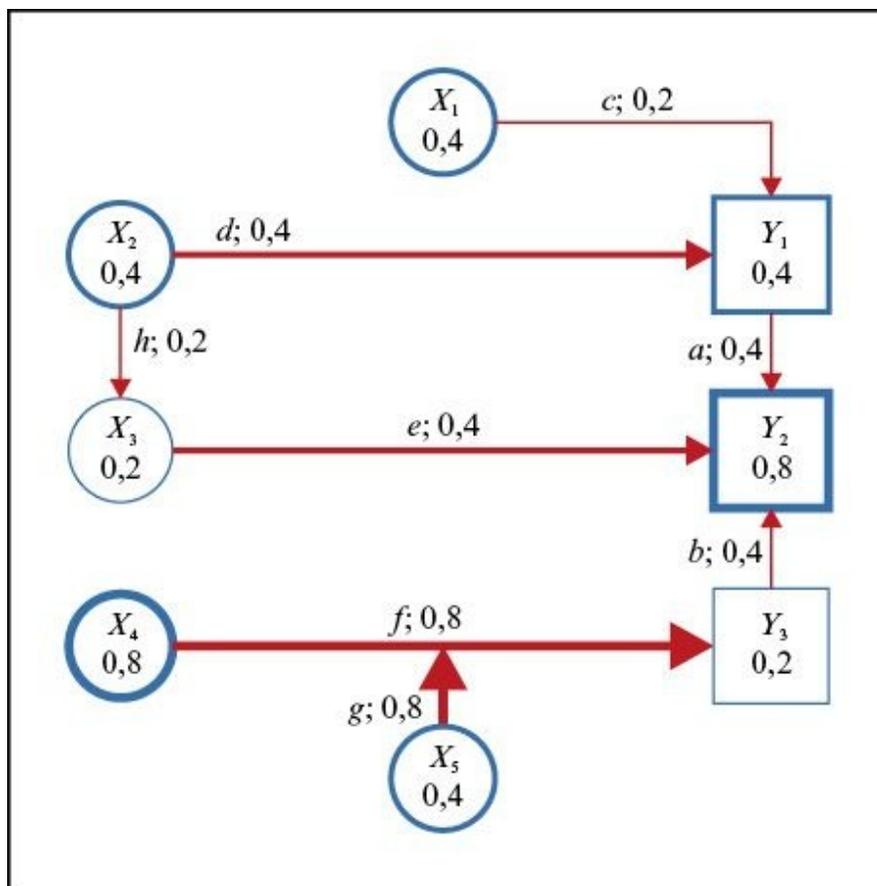


Figura A.5.—FACCD de la misma persona representada en la figura A.4, pero en el que se han añadido valores a la modificabilidad de las variables causales, a la fuerza de su influencia sobre cada problema y a la importancia de los problemas del paciente.

Si no realizamos cálculo alguno y nos dejamos llevar únicamente por el grosor de las líneas y la dirección de las flechas, vemos que modificar la causa X_1 conllevaría la modificación de los problemas Y_1 e Y_2 . Lo mismo ocurre con la modificación de X_2 . Sin embargo, X_2 , aunque tiene el mismo grado de modificabilidad que X_1 , tiene una mayor influencia. Por ello, si centramos el tratamiento en X_1 se producirá un efecto total menor que si lo centramos en X_2 . Igual ocurriría si centramos el tratamiento en X_3 , ya que, aunque influye bastante sobre el problema principal (Y_2), su efecto es menor que el de X_2 , ya que es menos modificable y no influye en Y_1 (cosa que sí hace X_2). Por último, centrar el tratamiento en X_4 también resulta atractivo, ya que es una variable fácilmente

modificable e influye también sobre dos problemas (Y_3 e Y_2), incluyendo el problema principal (Y_2). El tratamiento también puede aplicarse sobre X_5 (la variable moderadora). Sin embargo, dado que esta variable es menos modificable que X_4 , su efecto será menor que el producido con X_4 .

En este momento está claro que el tratamiento debiera centrarse en X_2 o en X_4 . La principal ventaja de centrarse en X_2 es que influye sobre los dos problemas más importantes (Y_1 e Y_2). Es más, sobre el problema principal (Y_2) influye mediante una doble vía (a través de Y_1 y a través de X_3). El principal inconveniente de centrar el tratamiento en X_2 , en comparación con X_4 , es que resulta menos modificable. A su vez, centrar el tratamiento en X_4 resulta atractivo porque es una variable muy modificable y con un fuerte efecto. Sin embargo, este efecto fuerte sólo se da sobre el problema menos importante (Y_3). Su influencia sobre el problema más importante (Y_2) es más bien moderada. Además, su influencia sobre el problema de gravedad media (Y_1) es nula.

Si el clínico trabaja en una situación ideal (para él), sin limitaciones de tiempo ni de recursos, y con un paciente ideal, que tampoco tiene limitaciones de tiempo ni de recursos, está claro que tiene sentido intervenir sobre ambas variables: X_2 y X_4 , ya que al tratar ambas cabe esperar que mejoren los tres problemas del paciente. Si, por el contrario, el clínico trabaja en una situación más normal y frecuente, donde no dispone de todo el tiempo del mundo, ya que tiene otros pacientes esperando, y donde el tiempo y los recursos del paciente (o de la institución que paga al clínico) son también limitados, de tal forma que lo que se pretende es producir el máximo beneficio posible al paciente dentro de las limitaciones existentes, plantearse qué es mejor, si intervenir sobre X_2 o sobre X_4 , tiene sentido y utilidad clínica. Nótese que el FACCD nos ha ayudado a diferenciar los dos tratamientos más efectivos (los centrados en X_2 o en X_4) de los dos menos efectivos (los centrados en X_1 o en X_3). Por tanto, aún sin realizar ningún cálculo, el FACCD, aun en un caso complejo como el de la figura A.5, resulta de utilidad para elegir, o bien el mejor tratamiento posible, o bien, en el peor de los casos, el segundo mejor tratamiento que resulta posible aplicar. En el

ejemplo que estamos considerando, el FACCD de la figura A.5, la única ventaja que aporta aplicar valores y realizar cálculos es la de diferenciar entre dichos dos mejores tratamientos. Este refinamiento únicamente tiene sentido en casos muy determinados. De hecho, la mayoría de los clínicos seguramente estarán de acuerdo en que actuar sobre X_2 es una decisión sensata, ya que (aunque quizá podría producir un efecto total algo menor que intervenir sobre X_4) cabe esperar que produzca una mejoría considerable sobre los dos problemas más importantes que presenta el paciente.

Si calculamos la magnitud del efecto de todas las vías causales, la magnitud total más grande es la de la variable causal X_4 , como se ve a continuación, donde el (0,0) representa la influencia nula de X_4 sobre $Y_1(X_4/Y_1)$, el primer sistema de coeficientes es X_4/Y_2 , y el segundo sistema de coeficientes es X_4/Y_3 .

$$ME(X_1/Y_1, Y_2, Y_3) = (X_1/Y_1) + (X_1/Y_2) + \\ (X_1/Y_3) = (0,4 \times 0,2 \times 0,4) + (0,4 \times 0,2 \times 0,4 \times \\ \times 0,8) + (0,0) = 0,058$$

$$ME(X_2/Y_1, Y_2, Y_3) = (X_2/Y_1) + (X_2/Y_2) + \\ + (X_2/Y_3) = (0,4 \times 0,4 \times 0,4) + [(0,4 \times 0,4 \times 0,4 \times \\ \times 0,8) + (0,4 \times 0,2 \times 0,4 \times 0,8)] + (0,0) = 0,141$$

$$ME(X_3/Y_1, Y_2, Y_3) = (X_3/Y_1) + (X_3/Y_2) + \\ + (X_3/Y_3) = (0,0) + (0,2 \times 0,4 \times 0,8) + (0,0) = \\ = 0,064$$

$$ME(X_4/Y_1, Y_2, Y_3) = (X_4/Y_1) + (X_4/Y_2) + \\ + (X_4/Y_3) = (0,0) + (0,8 \times 0,8 \times 0,4 \times 0,8) + \\ + (0,8 \times 0,8 \times 0,2) = 0,333$$

$$\begin{aligned}
 ME (X_5 / Y_1, Y_2, Y_3) &= (X_5 / Y_1) + (X_5 / Y_2) + \\
 &+ (X_5 / Y_3) = (0,0) + (0,4 \times 0,8 \times 0,4 \times 0,8) + \\
 &+ (0,4 \times 0,8 \times 0,2) = 0,166
 \end{aligned}$$

Para justificar la utilidad de la cuantificación, cambiemos ligeramente un par de juicios en el FACCD de esta persona. Según se ilustra en la figura A.6, ahora estimamos que X_4 tiene modificabilidad baja y X_3 tiene modificabilidad alta (un ejemplo de la vida real podría ser que X_3 es un factor productor de ansiedad que ahora resulta más controlable por la persona, en tanto que X_4 es un cónyuge que se ha convertido en no cooperativo). Si hacemos los cálculos oportunos, veremos que la magnitud del efecto de X_4 se reduce perceptiblemente.

$$\begin{aligned}
 (X_4 / Y_1, Y_2, Y_3) &= (X_4 / Y_1) + (X_4 / Y_2) + (X_4 / Y_3) = \\
 &= (0,0) + (0,2 \times 0,8 \times 0,4 \times 0,8) + (0,2 \times 0,8 \times \\
 &\times 0,2) = 0,083
 \end{aligned}$$

Por su parte, el efecto de X_3 aumenta perceptiblemente, teniendo ahora la magnitud del efecto relativo más grande en el FACCD: X_3 es ahora más de 3 veces más eficaz que X_4 .

$$\begin{aligned}
 ME (X_3 / Y_1, Y_2, Y_3) &= (X_3 / Y_1) + (X_3 / Y_2) + \\
 &+ (X_3 / Y_3) = (0,0) + (0,8 \times 0,4 \times 0,8) + (0,0) = \\
 &= 0,256
 \end{aligned}$$

Nunca debemos olvidar que el efecto de la modificación de una variable causal sobre los problemas del paciente (lo que hemos designado como su influencia total o *ME*) adquiere significado sólo con respecto al *ME* de otra variable dentro del mismo FACCD.

La adición de valores a los juicios clínicos en un FACCD pone de relieve un

aspecto importante de la evaluación psicológica, de la formulación clínica del caso y del diseño del tratamiento: pequeños cambios en juicios clínicos sobre los problemas del comportamiento o sobre sus relaciones causales pueden tener importantes efectos sobre las decisiones de tratamiento. Cuando estamos decidiendo dónde centrar los esfuerzos del tratamiento, pequeños cambios en los juicios pueden tener consecuencias importantes sobre el tratamiento que se termina eligiendo.

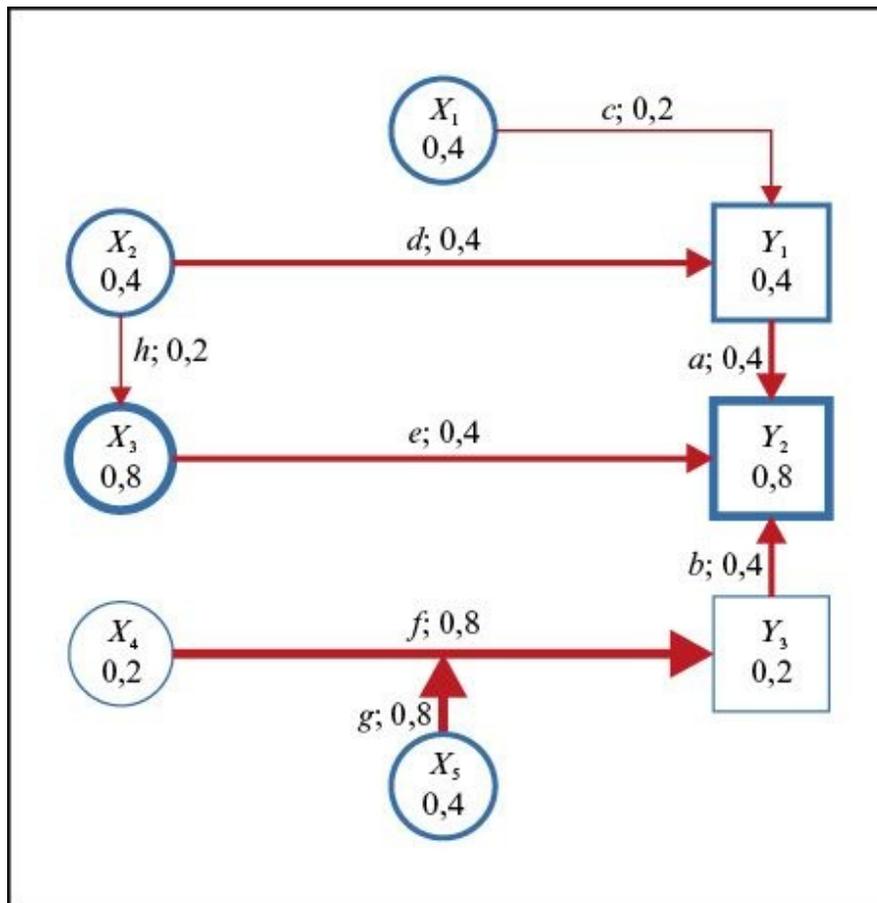


Figura A.6.—FACCD de la misma persona representada en A.4, excepto en que la modificabilidad de X_3 y de X_4 se ha cambiado.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Albores, L., Lara, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas, J. A., Pérez, A. M. y Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 393-399.
- Alessi, G. (1988). Direct observation methods for emotional/behavior problems. En E. S. Shapiro y T. R. Kratochwill (eds.). *Behavioral assessment in schools, Conceptual foundations and practical applications* (pp. 14-75). New York: The Guilford Press.
- Allison, D. B. (ed.) (1995). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- American Psychiatric Association (APA, 2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.ª ed., texto revisado). Barcelona: Masson.
- Anarte, M. T. y Godoy, A. (2004). Diagnóstico clínico: un caso de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (cap 12). Madrid: Pirámide.
- Andrasik, F. (2006). *Adult Psychopathology*. New York: John Wiley.
- Anguera, M. T. (1994): Metodología observacional em evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (cap. 6). Madrid: Pirámide.
- Anguera, M. T., Ramírez, L. I., Berzosa, A. y Gimeno, A. (2006). Detección de patrones interactivos en la comunicación de familias con hijos adolescentes. *Psicothema*, 18, 785-790 (www.psicothema.com/pdf/3309.pdf).
- Arnau, J. (1994). Diseños experimentales de caso único. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (cap. 9). Madrid: Pirámide.
- Asterita, M. F. (1985). *The physiology of stress*. New York: Human Sciences Press.
- Ávila, A. y Rodríguez, C. (1992a). *Psicodiagnóstico clínico*. Madrid: Eudema.
- Ávila, A. (1992b). *Evaluación psicológica clínica*. Salamanca: Amorrortu.
- Ávila, A. (1992c). *Evaluación psicológica clínica: proceso, método y estrategias psicométricas*. Salamanca: Amarú.
- Bakeman, R., Anguera, M. T., Blanco, A., González, M. D. y Gottman, J. M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.
- Bandelow, B., Wedekind, D., Pauls, J., Broocks, A., Hajak, G. y Ruther, E. (2000). Salivary cortisol in panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 157, 454-456.
- Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounters and life paths. *American Psychologist*, 37, 747-755.
- Barnett, P., A. y Gotlib, I. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory* (2.ª ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bentall, R. P., Haddock, G. y Slade, P. D. (1994). Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Bergman, R. L. y Piacentini, J. (2005). Targeting discrete response channels in the treatment of childhood

- specific phobia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, pp. 166-169.
- Biddle, W. (2002). *A Field Guide to Germs*, 2nd Anchor Books edition, New York: Anchor Books.
- Birnbaum M. H. (ed.) (1998). *Measurement, judgment, and decision making —Handbook of perception and cognition* (2.^a ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Birchler, G. R., Weiss, R. L. y Vincent, J. P. (1975). A multimethod analysis of social reinforcement exchange between maritally distressed and nondistressed spouse and stranger dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 349-360.
- Blalock, H. M. (1971). *Causal models in the social sciences*. Chicago: Aldin-Atherton.
- Blalock, H. M. (1985). *Causal models in the social sciences* (2.^a ed.). Awthorne, NY: Aldine.
- Blumenthal, J. A., Burg, M. M., Barefoot, J., Williams, R. B., Haney, T. y Zimet, G. (1987). Social support, type a behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 331-340.
- Bootzin, R. R., Kihlstrom, J. F. y Schacter, D. L. (eds.) (1990). *Sleep and cognition*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bornas, X. (2009). *Psicopatología y Caos*. Editorial Bubok (<http://www.bubok.com/libros/16510/Psicopatología-y-Caos>).
- Bryant, R. A. (2006). Post-traumatic stress disorder. En F. Andrasik (ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (189-206). Hoboken, NJ: Wiley.
- Buckley, T. C., Holohan, D., Greif, J. L., Bedard, M. y Suvak, M. (2004). Twenty-four-hour ambulatory assessment of heart rate and blood pressure in chronic PTSD and non-PTSD veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 163-171.
- Budd, K. S., Workman, D. E., Lemsky, C. M. y Quick, D. M. (1994). Children's Headache Assessment Scale (CHAS): Factor structure and psychometric properties. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 159-179.
- Bunge, M. (2009). *Causality and modern science, Fourth revised edition*. New Brunswick, USA: Transactions Publishers.
- Caballo, V. E. (2005a). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E. (2005b). Estrategias de evaluación en psicología clínica. En V. E. Caballo (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (cap. 2). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Carroble, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cacioppo, J. T., Tassinary, L. y Berntson, G. G. (2007). *Handbook of Psychophysiology* (3.^a ed.). New York, N. Y.: Cambridge University Press.
- Calero, M. D. y Fernández-Ballesteros, R. (2004). Técnicas objetivas: instrumentos y aparatos. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (cap. 6). Madrid: Pirámide.
- Campbell, T. S., Lavoie, K. L., Bacon, S. L., Scharf, D., Aboussafy, D. y Ditto, B. (2006). Asthma self-efficacy, high frequency heart rate variability, and airflow obstruction during negative affect in daily life. *International Journal of Psychophysiology*, 62, 109-114.
- Cervantes, E., Bejarano, M. C. y Del Real, N. (2005). Competencias y habilidades del terapeuta para el ejercicio de la psicología clínica. En V. E. Caballo (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (cap. 6). Madrid: Pirámide.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. En K. Hahlweg y M. J. Goldstein (eds.). *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (pp. 250-265). New York: Family Process Press.
- Christensen, L., Young, K. R. y Marchant, M. (2007). Behavioral intervention planning: Increasing appropriate behavior of a socially withdrawn. *Education and Treatment of Children*, 30, 81-103.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L. y Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions; A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7, 5-

20.

- Ciminero, A. R. (1986). *Handbook of behavioural assessment* (2.^a ed.). Hoboken, NJ: Wiley-Interscience.
- Cone, J. D. (1998). Psychometric considerations: Concepts, contents, and methods. En A. Bellack y M. Hersen (eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (pp. 127-142). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Cook, P. A. y Vowles, K. E., (2006). The fear-avoidance model of chronic pain: validation and age analysis using structural equation modeling, *Pain* 121, 195-206.
- Corsini, A. y Wedding, D. (eds.) (2005). *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock.
- Craske, M. G. y Waters, A. M. (2005). Panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 167-198.
- Cummings, E. M. y Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 33-63.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., Pap, L. M. y Dukewich, T. L. (2002). Children's responses to mothers' and fathers' emotionality and tactics in marital conflict in the home. *Journal of Family Psychology*, 16, 478-492.
- Cushman, L. A. y Scherer, M. J. (eds.) (1995). *Psychological assessment in medical rehabilitation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cutting, L. P., Aakre, J. M. y Docherty, N. M. (2006). Schizophrenic patients' perceptions of stress, expressed emotion, and sensitivity to criticism, *Schizophrenia Bulletin*, 32, 743-750.
- De la Fuente, M., Soldevilla, J. M. y Feixas, G. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 153-172.
- Del Barrio, M. V. (2002). *Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.
- Dishion, T. J. y Granic, I. (2004). Naturalistic observation of relationship process. En S. N. Haynes, E. H. Heiby y M. Hersen (eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 3, Behavioral Assessment* (pp. 143-161). Hoboken, NJ: Wiley.
- Doss, B. D. y Atkins, D. C. (2006). Investigating treatment mediators when simple random assignment to a control group is not possible. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 13, pp. 321-336.
- Doherty, W. J., Kouneski, E. F. y Erickson, M. F. (1998). Responsible fathering: An overview and conceptual framework. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 277-292.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo' J., Kleindienst, N., Welch, S. S., Reisch, T. Reinhard I., Lieb, K., Linehan, M. y Bohus, M. (2007). Assessing state affective instability in borderline personality disorder using an ambulatory monitoring approach. *Psychological Medicine*. 37, 961-970.
- Ehrensaft, M. y Vivian, D. (1996). Spouses' reasons for not reporting existing physical aggression as a marital problem. *Journal of Family Psychology*, 10, 443-453.
- Eid, M. y Diener, E. (2006). *Handbook of multimethod measurement in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Eifert, G. T. y Feldner, M. T. (2004). Conceptual foundations of behavioral assessment: From theory to practice. En S. N. Haynes y E. M. Heiby (eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 3, Behavioral Assessment* (pp. 94-107). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- El-Sheikh, M. y Flanagan, E. (2001). Parental problem drinking and children's adjustment: Family conflict and parental depression as mediator and moderators of risk. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 417-432.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Van Riel, P. L. C. M. y De Jong, A. J. L. (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: A randomized controlled trial. *Pain*, 100, 141-153.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R. y Kelley, M. L. (2003). The Timeline Followback Spousal Violence Interview to assess physical aggression between intimate partners: Reliability and validity. *Journal of Family Violence*. 18, 131-142.
- Farmer, R. F. y Chapman, A. L. (2002). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- 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 del proceso de evaluación (GAP): Una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 84 (<http://www.papelesdel psicologo.es/imprimir.asp?id=1056>).
- Forns, M. (1993). *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Fromme, K., Stroot, E. y Kaplan, D. (1993). Comprehensive effects of alcohol: Development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. *Psychological Assessment*, 5, 19-26.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgement and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89.
- Garzón, B., Feixas, G., Carmona, M. y Geldschläger, H. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55, 337-348.
- Gatchel, R. J. y Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A., Godoy, A., Rodríguez-Naranjo, C. y Eifert, G. (1996). «How can behavior therapy treat the same disorder with different techniques and different disorders with the same technique?». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 107-117.
- Godoy, A. (1996). *Toma de decisiones y juicio clínico. Una aproximación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, A. (2004). *El estudio psicológico del diagnóstico clínico*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Godoy, A. y Gavino, A. (2003). Information-gathering strategies in behavioral assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 204-209.
- Godoy, A. y Silva, F. (1990). El proceso diagnóstico como una actividad técnico-científica. En A. Ávila. *Diagnóstico y evaluación psicológica*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos. 2.º Congreso, vol. 9, 65-69.
- Godoy, A., Gavino, A. y Anarte, M. T. (2008a). Estrategias de comprobación de hipótesis clínicas. *Psicothema*, 20, 188-192. (www.psicothema.es/pdf/3446.pdf).
- Godoy, A., Gavino, A. y Anarte, M. T. (2008b). Estrategias de comprobación de hipótesis clínicas. www.infocop.es/view_article.asp?id=1928ycat=38.
- Góngora, M. (2005). La entrevista de evaluación clínica en adultos. En V. E. Caballo (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (cap. 2). Madrid: Pirámide.
- Gordis, E. B., Margolin, G. y John, R. S. (2001). Parents' hostility in dyadic marital and triadic family settings and children's behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 727-734.
- Gottman, J. M. y Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 47-52.
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic: A scientifically-based marital therapy*. New York: Norton.
- Gottman, J. M. y Notarius, C. I. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 927-947.
- Gottman, J. M. y Roy, A. K. (1990). *Sequential analysis: A guide for behavioral researchers*. New York: Cambridge University Press.
- Graña, J. L. (2005). Formulación de casos en psicología clínica. En V. E. Caballo (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (cap. 5). Madrid: Pirámide.
- Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Kotrotsiou, V., Zanchi, P., Peron, L., Marangoni, C., Vanni, A. y Barbui, C. (2006). Violence in psychiatric units: A 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 698-703.
- Grunebaum, M., Ramsay, S., Galfalvy, H., Ellis, S., Burke, A., Sher, L., Printz, D., Kahn, D., Mann, J. y Oquendo, M. (2006). Correlates of suicide attempt history in bipolar disorder: a stress-diathesis perspective. *Bipolar Disorders*, 8, 551- 557.
- Grych, J. H. y Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.
- Haaga, D. A. F., Davison, G. C., Williams, M. E., Dolezal, S. L. et al. (1994). Mode-specific impact of relaxation training for hypertensive men with Type A behavior pattern. *Behavior Therapy*, 25, 209-223.
- Halford, W. K. y Osgarby, S. M. (1993). Alcohol abuse in clients presenting with marital problems. *Journal of Family Psychology*, 6, 245-254.
- Hartmann, D. P., Barrios, B. A. y Wood, D. D. (2004). Principles of behavioral observation. En S. N. Haynes, E. H. Heiby y M. Hersen (eds.). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 3, Behavioral Assessment* (pp. 108-127). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Harvey, J. H. y Weary, G. (1984). Current issues in attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 35, 427-459.
- Hastie, R. (1983). Social inference. *Annual Review of Psychology*, 34, 511-542.
- Hawkins, M. W., Carrère, S. y Gottman, J. M. (2002). Marital sentiment override: Does it influence couples' perceptions? *Journal of Marriage and Family*, 64, 193-201.
- Haynes, S. N. (1986). A behavioral model of paranoid behaviors. *Behavior Therapy*, 17, 266-287.
- Haynes, S. N. (1988). Causal models and the assessment-treatment relationship in behavior therapy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 171-183.
- Haynes, S. N. (1992). *Models of causality in psychopathology: Toward synthetic, dynamic and nonlinear models of causality in psychopathology*. Des Moines, IA: Allyn and Bacon.
- Haynes, S. N. (1995). Causalidad multivariada en psicopatología: introducción a los modelos causales. En G. Buela, V. Caballo y J. A. I. Carrobes. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 135-162). Madrid: Siglo XXI.
- Haynes, S. N. (1998). The assessment-treatment relationship and functional analysis in behavior therapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 26-35.
- Haynes, S. N. (2005). La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En V. Caballo. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (cap. 4). Madrid: Pirámide.
- Haynes, S. N., Blaine, D. y Meyer, K. (1995). Dynamical models for psychological assessment: Phase-space functions. *Psychological Assessment*, 7, 17-24.
- Haynes, S. N. y Heiby, E. (eds.) (2004). *Behavioral Assessment*. Volumen V de la serie editada por Michel Hersen *Comprehensive Handbook on Psychological Assessment*. New York: Wiley.
- Haynes, S. N. y Kaholokula, J. K. (2007). Behavioral assessment. En Hersen y A. M. Gross. *Handbook of Clinical Psychology* (495-524). New York: Wiley.
- Haynes, S. N., Kaholokua, J. y Nelson, K. (1999). Idiographic applications of nomothetically derived treatment programs. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 456-461.
- Haynes, S. N., Kaholokula, J. K. y Yoshioka, D. (2008). Behavioral assessment in treatment research. En Arthur M. Nezu y Christine Nezu (eds.). *Evidenced-Based Outcome Research: A Practical Guide to Conducting RCTs for Psychosocial Interventions* (pp. 67-94). New York: Oxford.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. O. (1990). The functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. O. (2000). *Principles and Methods of Behavioral Assessment*. New York: Plenum/Kluwer Press.
- Haynes, S. N., Pinson, C., Yoshioka, D. y Kloezeman, K. (2008). Behavioral assessment in clinical psychology research. En D. McKay. *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology* (pp. 125-140). Los Angeles: Sage.
- Haynes, S. N., Richard, D. y O'Brien, W. O. (1996). The Functional analysis in behavior therapy: Estimating the strength of causal relationships for the design of treatment programs. *Gedrags-therapie*, 4, 289-314.

- Haynes, S. N., Spain, H. y Oliveira, J. (1993). Identifying causal relationships in clinical assessment. *Psychological Assessment*, 5, 281-291.
- Haynes, S. N. y Wai'lae, K. (1994). Fundamentos psicométricos de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (cap. 5). Madrid: Pirámide.
- Haynes, S. N. y Williams, A. W. (2003). Clinical case formulation and the design of treatment programs: Matching treatment mechanisms and causal relations for behavior problems in a functional analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 164-174.
- Haynes, S. N. y Wu-Holt, P. (1999). Métodos de evaluación en Psicología de la Salud. En M. E. Simon (ed.). *Manual de psicología de la salud* (pp. 399-434). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Haynes, S. N. y Yoshioka, D. (2007). Clinical assessment applications of ambulatory biosensors. *Psychological Assessment*, 19, 44-57.
- Haynes, S. N., Yoshioka, D., Kloezeman, K. y Bello, I. (2009). Clinical applications of behavioral assessment: Identifying and explaining behavior problems in clinical assessment. En J. Butcher (ed.). *Oxford handbook of personality assessment* (pp. 226-249). Oxford: Oxford University Press.
- Hazelett, R. L. y Haynes, S. N. (1992). Fibromyalgia: A time-series analysis of the stressor-physical symptom association. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 541-558.
- Hersen, M. (ed.) (2006). *Clinician's Handbook of Child Behavioral Assessment*. Amsterdam: Elsevier/Academic Press.
- Hersen, M. y Thomas, J. C. (2006) (eds.). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology: Adult Psychopathology*, vol. 2. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Hersen, M., Turner, S. M. y Beidel, D. C. (eds.) (2007). *Adult psychopathology and diagnosis* (5.ª ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Heyman, R. E., Eddy, J. M., Weiss, R. L. y Vivian, D. (1995). Factor analysis of the Marital Interaction Coding System (MICS). *Journal of Family Psychology*, 9, 209-215.
- Heyman, R. E. y Slep, A. M. S. (2004). Analogue behavioral observation. En E. M. Heiby y S. N. Haynes (eds.). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment: vol. 3. Behavioral Assessment* (pp. 162-80). New York: John Wiley.
- Hood, L. y Bloom, L. (1979). What, when, and how about why: A longitudinal study of early expressions of causality. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 44, p. 47.
- Hunsley, J., Best, M., Lefebvre, M. y Vito, D. (2001). The seven-item short form of the Dyadic Adjustment Scale: Further evidence for construct validity. *American Journal of Family Therapy*, 29, 325-335.
- Hunsley, J. y Mash, E. J. (2008). *A guide to assessments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- James, L. R., Mulaik, S. A. y Brett, J. M. (1982). *Causal analysis: Assumptions, models and data*. Beverly Hills: Sage.
- Kahng, S. W. y Iwata, B. A. (1998). Computerized systems for collecting real-time observational data. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 253-261.
- Kaholokula, J. K., Bello, I., Nacapoy, A. H. y Haynes, S. (2009). Behavioral assessment and functional analysis. En D. Richard y S. Huprich (eds.). *Clinical psychology: Assessment, treatment, and research* (pp. 113-142). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Kazdin, A. E. (2002). *Research designs in clinical psychology* (4.ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Keane, T. M., Silberbogen, A. K. y Weierich, M. R. (2008). Post-traumatic stress disorder. En Hunsley, J. y Mash, E. J. *A guide to assessments that work* (pp. 293-318). Oxford: Oxford University Press.
- Koegel, L. K., Valdez-Menchaca, M., Koegel, R. L. y Harrower, J. K. (2001). Autism. En M. Hersen y V. B. Van Hasselt (eds.). *Advanced abnormal psychology* (2.ª ed., pp. 165-190). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Koerner, K. y Linehan, M. M. (1997). Case formulation in dialectical behavior therapy. En T. D. Eells (ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation*, pp. 340-367. New York: The Guilford Press: New York.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos*

- efectivos*. Madrid: Dykinson-Psicología.
- Lambert, M. J. (2003). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5.ª ed.). New York: John Wiley.
- Lappalainen, R., Timonen, T. y Haynes, S. N. (2009). The functional analysis and functional analytic clinical case formulation: case of anorexia nervosa. En P. Sturmey (ed.). *Clinical case formulation* (pp. 157-178), Chichester, UK: John Wiley and Sons.
- Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F. y Rovine, M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multi-level modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 19, 314-323.
- Lickey, M. E. y Gordon, B. (1983). *Drugs for mental illness: A revolution in psychiatry*. New York, NY USA: W. H. Freeman.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. y Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. En Barlow, D. H. (ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4.ª ed., pp. 365-420). New York, NY, US: Guilford Press.
- Linscheid, T. R., Budd, K. S. y Rasnake, L. K. (2003). Pediatric feeding problems. En M. C. Roberts (ed.). *Handbook of pediatric psychology* (3.ª ed., pp. 481-498). New York, NY, USA: Guilford Press.
- Llavona, L. M. (1993): La entrevista conductual. En F. J. Labrador, Cruzado, J. A. y Muñoz, M. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Loehlin, J. (1998). *Latent-variable models*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-70). New York: Brunner/Mazel.
- Márquez, M. O. y Hernández, J. M. (1987). Propuesta de entrenamiento sistemático en la entrevista: Selección de variables modificables. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 4, 211-232.
- Mash, E. J. y Hunsley, J. (1990). Behavioral assessment: A contemporary approach. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (Eds.). *International handbook behavior modification and therapy* (2.ª ed., pp. 87-106). New York, NY: Plenum Press.
- Matson, J. L. y Vollmer, T. (1995). *Questions About Behavioral Function (QABF)*. Baton Rouge, LA: Disability Consultants.
- McGlynn, F. D. y Rose, M. P. (1998). Assessment of anxiety and fear. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Behavioral assessment: A practical handbook* (4.ª ed., pp. 179-209). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- McKay, D. (2008). *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology*. Los Angeles: Sage.
- Meana, M., Binik, Y. y Thaler, L. (2008). Sexual dysfunctions. En Hunsley, J. y Mash, E. J. *A guide to assessments that work* (pp. 464-487). Oxford: Oxford University Press.
- Méndez, F. X. y Maciá, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (1994). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (cap. 12). Madrid: Pirámide.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. V., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W. y Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Michelson, L. (1986). Treatment consonance and response profiles in agoraphobia: The role of individual differences in cognitive, behavioral and physiological treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 263-275.
- Mirsky, A. F. y Duncan, C. C. (1986). Etiology and expression of schizophrenia: Neurobiological and psychosocial factors. En M. R. Rosenzweig y L. W. Porter (eds.). *Annual review of psychology*, vol. 37 (pp. 291-319). Palo Alto: Annual Reviews.
- Montiel, C., Montiel, I. y Peña, J. A.. (2007). Datos normativos del «Cuestionario sobre el comportamiento de niños-versión para padres» (CBCL) y «versión para profesores» (TRF), en una muestra de niños

- venezolanos. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 15, 29-44.
- Mori, L. T. y Armendáriz, G. M. (2001). Observational assessment of child behavior problems. *Psychological Assessment*, 13, 36-45.
- Mumma, G. H. (2004). Validation of idiosyncratic cognitive schema in cognitive case formulations: An intraindividual idiographic approach. *Psychological Assessment*, 16, 211-230.
- Mumma, G. H. y Mooney, S. R. (2007). Comparing the validity of alternative cognitive case formulations: A latent variable, multivariate time series approach. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 451-481.
- Muñoz, M. (2005). Las habilidades del terapeuta infantil. En V. E. Caballo (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (cap. 7). Madrid: Pirámide.
- Murphy, C. M. y O'Farrell, T. J. (1994). Factors associated with marital aggression in male alcoholics. *Journal of Family Psychology*, 8, 321-335.
- Nezu, A. y Nezu, C. M. (2008). Treatment integrity and treatment competence. En D. McKa., *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology* (cap. 23). Los Angeles: Sage.
- Nezu, A. Nezu, C. y Lombardo, E. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design. A Problem-solving approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Northrup, J., Wacker, D., Sasso, G., Steege, M., Cigrand, K., Cook, J. y De Raad, A. (1991). A functional analysis of both aggressive and alternative behavior in an outclinic setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 509-522.
- O'Donohue, W. T. y Ferguson, K. E. (2004). Learning and applied behavior analysis foundations of behavioral assessment. En S. N. Haynes y E. M. Heiby (eds.). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 3, Behavioral Assessment* (pp. 57-68). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.
- O'Reilly, M., Sigafoos, J., Lancioni, G., Edrisnha, C. y Andrews, A. (2005). An examination of the effects of a classroom activity schedule on levels of self-injury and engagement for a child with severe autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 305-311.
- Ost, L. G., Jerremalm, A., y Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Palmstierna, T. y Wistedt, B. (1987). Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-673.
- Patterson, G. R., y Fisher, P. A. (2002). Recent developments in our understanding of parenting: Bi-directional effects, causal models, and the search for parsimony. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Practical and applied parenting: Vol. IV* (2nd ed., pp. 59-88). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Pearl, J. (2000). *Causality: Models, reasoning, and inference*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pérez, M., Fernández, C., Amigo, I. y Fernández, J. R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Perkins, K. A., Conklin, C. A. y Levine, M. D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for smoking cessation: A practical guidebook to the most effective treatments: Practical clinical guidebooks series. New York: Routledge.
- Persons, J. (2001). Individualized formulation and treatment planning. En J. Persons, J. Davidson y M. Tompkins (eds.). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Piasecki, T. M., Hufford, M. R., Solhan, M. y Trull, T. J. (2007). Assessing clients in their natural environments with electronic diaries: Rationale, benefits, limitations, and barriers. *Psychological Assessment*, 19, 25-43.
- Pineda, D., Kamphaus, R. W., Mora, O., Restrepo, M. A., Puerta, I. C. y Palacio, L. G. et al. (1999). Sistema de evaluación multidimensional de la conducta para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Revista de Neurología*, 28, 672-681.
- Psicothema, 13 (3): <http://www.psicothema.com/tabla.asp?Make=2001&Team=1003>.
- Ramírez, C., Esteve, R. y Godoy, A. (2002). Fiabilidad interjueces en el proceso de evaluación conductual.

- Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 43-68.
- Ramsay, M. (1995). Feeding disorder and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 605-616.
- Rehman, U. S., Gollan, J., M. y Amanda R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28, 179-198.
- Reeves, C. B. y Gross, A. M. (2005). La entrevista conductual en niños. En V. E. Caballo (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (cap. 3). Madrid: Pirámide.
- Repp, A. C. y Horner, R. H. (2000). *Functional analysis of problem behavior, From effective assessment to effective support*. Belmont, CA: Wadsworth publishing Co.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior assessment system for children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Roberts, M. W. (2001). Clinic observations of structured parent-child interaction designed to evaluate externalizing disorders. *Psychological Assessment*, 13, 46-58.
- Satter, E. (1999). The feeding relationship. En D. B. Kessler y P. Dawson (eds.). *Failure to thrive and pediatric undernutrition: A transdisciplinary approach* (pp. 121-149). Baltimore, MD, USA: Paul H. Brookes Publishing.
- Savard, J. y Morin, C. (2002). Insomnia. En M. M. Antony y D. H. Barlow (eds.). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 523-555). New York: The Guilford Press.
- Sederer, L. I. y Dickey, B. (eds.) (1996). *Outcomes assessment in clinical practice*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Selzer, M. L. Vinokur, A. y Van Rooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. y Campbell, D. T. (2001). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shapiro, E. S. y Kratochwill, T. R. (eds.) (2000). *Behavioral assessment in schools: Theory, research, and clinical foundations* (2.ª ed., pp. 3-15). New York: Guilford Press.
- Shiffman, S. (1993). Assessing smoking patterns and motives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 732-742.
- Shiffman, S., Hufford, M., Hickcox, M., Paty, J. A., Gnys, M. y Kassel J. D. (1997). Remember that? A comparison of real-time versus retrospective recall of smoking lapses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 292-300.
- Shultz, T. R. y Mendelson, R. (1975). The use of covariation as a principle of causal analysis. *Child Development*, 46, 394-399.
- Silva, F. (1983). *Cuestiones metodológicas en evaluación conductual (Lecturas)*. Valencia: Rubio Esteban.
- Silva, F. (1985). *Evaluación conductual: Aplicaciones clínicas y educativas*. Valencia: Rubio Esteban.
- Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Silva, F. (1995). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Silva, F. (1999). *Avances en evaluación psicológica*. Valencia: Alfaplús.
- Sisson, L. A. y Taylor, J. C. (1993). Parent training. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting* (pp. 555-574). New York, NY: Plenum Press.
- Smith, G. T. (1994). Psychological expectancy as mediator of vulnerability to alcoholism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 708, 165-171.
- Smits, J. A. J., O'Leirigh, C. M. y Otto, M. W. (2006). Panic and agoraphobia. En M. Herson y J. C. Thomas (eds.). *Comprehensive handbook of personality and psychopathology: Adult psychopathology*, vol. 2 (pp. 121-137). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Snyder, D. K. (1997). *Manual for the Marital Satisfaction Inventory - Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Snyder, D. K., Heyman, R. y Haynes, S. N. (2004). Integrating science with practice when assessing couples. *The Family Psychologist*, 20, 11-13.
- Snyder, D., Heyman, R. y Haynes, S. N. (2008). Couple assessment. En J. Hunsley y E. J. Mash. *A guide to*

- assessments that work* (pp. 439-463). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Snyder, D., Heyman, R. y Haynes, S. N. (2009). Strategies in the assessment of couples. En J. Butcher (ed.). *Oxford Handbook of Personality Assessment* (457-484). Oxford: Oxford University Press.
- Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1992). Timeline follow-back: A technique for assessment self-reported alcohol consumption. En R. Z. Litten y J. P. Allen, *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods* (pp. 41-72). Totowa, NJ: Humana Press.
- Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1995). Alcohol consumption measures. En Allen, J. P. y Columbus, M. (eds.). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers: NIAAA treatment handbook series 4* (pp. 55-73). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Sobell, L. C., Toneatto, T., Sobell, M. B. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: Current status with an emphasis on clinical applications. *Behavior Therapy*, 25, 523-532.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Harcourt, Brace y Jovanich.
- Staats, A. W. (1999). *Conducta y personalidad*. Bilbao: Desclee de Brouwers.
- Steele, R. G., Elkin, T. D. y Roberts, M. C. (2008). *Evidence-based therapies for children and adolescents. Bridging science and practice*. New York: Springer.
- Stiglmayr, C. E., Bischkopf, J., Albrecht, V., Porzig, N., Scheuer, S., Lammers, C. H. y Auckenthaler, A. (2008). The experience of tension in patients with borderline personality disorder compared to other patient groups and healthy controls. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 425-446.
- Stone, A. A., Smyth, J. M., Pickering, T. y Schwartz, J. (1996). Daily mood variability: Form of diurnal patterns and determinants of diurnal patterns. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1286-1305.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Sturmey, P. (ed.) (2009). *Clinical case formulation*. Chichester, UK: John Wiley.
- Tanaka-Matsumi, J. (2004). Individual differences and behavioral assessment. En S. N. Haynes y E. M. Heiby (eds.). *Comprehensive handbook of psychological assessment* (vol. 3): *Behavioral assessment* (pp. 128-139). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Tanaka-Matsumi, J., Seiden, D. Y. y Lam, K. N. (1996). The Culturally Informed Functional Assessment (CIFA) Interview: A strategy for cross-cultural behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 215-233.
- Thatcher, I. y Haynes, S. N. (2001). A multivariate time-series regression study of pain, depression symptoms, and social interaction in rheumatoid arthritis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 159-180.
- Thorn, B. E., Cross, T. H. y Walker, B. B. (2007). Metaanalyses and systematic reviews of psychological treatments for chronic pain: Relevance to an evidence-based practice. *Health Psychology*, 26, 10-12.
- Tryon, W. W. (2006). Activity measurement. En M. Hersen (ed.). *Clinician's handbook of adult behavioral assessment* (pp. 85-120). New York: Academic Press.
- Turk, D. C. y Melzack, R. (2001). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. En D. C. Turk y R. Melzack (eds.). *Handbook of pain assessment* (2nd ed., pp. 3-14). New York: The Guilford Press.
- Tufte, E. R. (1983). *The visual display of quantitative information*. Cheshire, CT: Graphics Press.
- Tufte, E. R. (1990). *Envisioning information*. Cheshire, CT: Graphics Press.
- Tufte, E. R. (1997). *Visual explanations: images and quantities, evidence and narrative*. Cheshire, CT: Graphics Press.
- Vila, J. (1994). Registros psicofisiológicos. En R. Fernández-Ballesteros, *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (cap. 7). Madrid: Pirámide.
- Vila, J. (2004). Evaluación psicofisiológica. En R. Fernández-Ballesteros. *Introducción a la evaluación psicológica*, vol. II (cap. 25). Madrid: Pirámide.
- Virués, J. y Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 567-587.
- Vowles, K. E., McNeil, D. W., Sorrell, J. T. y Lawrence, S. M. (2006). Fear and pain: Investigating the

- interaction between aversive states. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 821-833.
- Wahler, R. G. y Hann, D. M. (1986). A behavioral systems perspective in childhood psychopathology: Expanding the three-term operant contingency. En N. A. Krasnegor, J. D. Arasteh y M. F. Cataldo (eds.). *Child health behavior: A behavioral pediatrics perspective* (pp. 146-167). New York: Wiley.
- Walco, G. A., Conte, P. M., Labay, L. E., Engel, R. y Zeltzer, L. (2005). Procedural distress in children with cancer: Self-report, behavioral observations, and physiological parameters. *Clinical Journal of Pain*, 26, 484-490.
- Walitzer, K. S. y Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26, 128-148.
- Weiss, R. L. y Summers, K. J. (1983). Marital Interaction Coding System-III. En E. Filsinger (ed.). *Marriage and family assessment* (pp. 85-116). Newbury Park, CA: Sage.
- Westmeyer, H. (2001). *Evaluación y psicoterapia*. Valencia: Promolibro.
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 210-216.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). *Behavior disorders of childhood*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Wilson, F. E. y Evans, I. M. (1983). The reliability of target-behavior selection in behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 5, 15-32.
- Wilson, J. P. y Keane, T. M. (1997). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, NY: Guilford Press.
- Wise, D. (2006). Child abuse. En M. Hersen (Ed.). *Clinician's handbook of child behavioral assessment* (pp. 549-568). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.

Edición en formato digital: 2014

Director: Francisco J. Labrador

© Stephen N. Haynes, Antonio Godoy y Aurora Gavino, 2014

© De esta edición: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2014

Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15

28027 Madrid

piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-3177-1

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

www.edicionespiramide.es