



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Un reporte de caso: Ansiedad generalizada con ataques de pánico. Una intervención cognitivo-conductual multi-sistema.

T e s i s

que para obtener el título de:

Licenciado en Psicología

Presentan:

Espejel Baltazares Gloria Marlene

Rivera Rodríguez Diana Raquel

Comisión dictaminadora:

Lic. Ángel Enrique Rojas Servín.

Lic. José Esteban Vaquero Cázares.

Lic. Edy Ávila Ramos.

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE.

	Páginas.
* RESUMEN.	
* INTRODUCCIÓN.	I - VIII
 Capítulo 1. Evaluación Tradicional versus Evaluación Conductual.	
1.1 Antecedentes históricos de la evaluación tradicional.	1 - 6
1.2 Supuestos de la evaluación tradicional.	6 - 15
1.3 Antecedentes históricos de la evaluación conductual.	15- 25
1.4 Supuestos de la evaluación conductual.	26 - 39
 Capítulo 2. Definición y características de la ansiedad y los ataques de pánico.	
2.1 Definición de ansiedad.	40 - 44
2.2 Definición de los ataques de pánico.	44 - 48
2.3 Evaluación tradicional.	48 - 56
2.4 Evaluación cognitivo-conductual.	56 - 66
 Capítulo 3. Un caso de ansiedad generalizada con ataques de pánico. Una intervención cognitivo-conductual multisistema.	
3.1 Visión general.	67 - 69
3.2 Datos demográficos.	69 - 69
3.3 Evaluación conductual.	69 – 72
3.4 Análisis funcional.	71 - 75
3.5 Programa de intervención.	75 - 80
3.6 Resultados.	81 - 84
3.7 Conclusiones.	85
 * REFERENCIAS.	 86 - 88

RESUMEN.

En el presente proyecto se indagó acerca de los antecedentes históricos y supuestos de la evaluación tradicional y conductual, formando así el capítulo uno. Para entender cuáles son los fundamentos que justifican y por lo tanto diferencian la forma de evaluar y dar tratamiento a los problemas psicológicos.

Así se concluye en este primer capítulo que las diferencias entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual se deben a que utilizan los enfoques nomotético e idiográfico, respectivamente.

Estas diferencias se ven más claras al referirnos en el segundo capítulo a la evaluación y tratamiento de la ansiedad, tomando en cuenta a ambas formas de evaluación (tradicional y conductual).

Para el tercer capítulo se reporta un caso de ansiedad generalizada con ataques de pánico; utilizando una intervención cognitivo-conductual multisistema. Debido a que en la intervención cognitivo-conductual se hace un análisis funcional de la conducta específica de ansiedad y/o ataques de pánico; pero además de eso, se propone dar tratamiento y atención a cada uno de los aspectos de la vida del paciente.

Cumpliendo así con el objetivo del presente proyecto que es mostrar la eficacia de optar por una intervención cognitivo-conductual multisistema en el tratamiento de un caso de ansiedad generalizada con ataques de pánico.

INTRODUCCIÓN

La historia de la ciencia puede considerarse una historia de problemas. Contarla significa explicar qué problemas aparecieron en el seno de una disciplina en un momento histórico específico, describir los intentos para resolverlos, mostrar en qué medida influyeron las ideas existentes en la comunidad científica del momento e indicar qué evoluciones y nuevos problemas surgieron a raíz de los propios intentos de solución (Semerari, 2002).

En el presente trabajo se mostrará cómo ha evolucionado la evaluación tradicional y conductual en la psicología. Y, por ende lo que hay que evaluar. De este modo, la labor del psicólogo clínico es enfrentarse, muchas de las veces, a los problemas psicológicos intrínsecos por los que el individuo asiste a terapia. De tal manera resulta indispensable definir qué es un problema psicológico.

D' Zurilla y Nezá (1971) definen un problema como una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para la cual ninguna respuesta efectiva está disponible en ese momento para el individuo.

Por su parte, Davis (1973) define un problema como una situación de estímulo para la cual un organismo no tiene ninguna respuesta lista. En esta situación el individuo o grupo perciben una discrepancia entre lo que es (circunstancias actuales o anticipadas), y lo que debería ser (circunstancias que se demandan o se desean), bajo condiciones donde el medio de reducir tales discrepancias no es inmediatamente aparente o disponible debido a uno o varios obstáculos.

Pocos años más tarde, D' Zurilla (1993) le llamó demandas perceptivas a los problemas, ya que un individuo está probablemente más influenciado por la percepción de las demandas en la situación cuando identifica los problemas, que por las demandas objetivas en sí mismas.

De este modo y parafraseando a Ellis (1980), un problema psicológico es un déficit en la percepción del individuo acerca de sí mismo y del mundo que provoca displacer en su vida.

Para encontrar el problema psicológico del individuo, el psicólogo tiene que evaluar. La evaluación se refiere a un antiguo ámbito de la psicología –en parte metodológico y en parte aplicado- el cual tiene por objeto la exploración, análisis y medida de ciertos eventos psicológicos en un concreto sujeto humano. (Fernández Ballesteros, 1994)

En psicología clínica, al hablar de evaluación habría que referirse a la evaluación tradicional y la conductual. La psicología clínica se caracteriza por su evolución a través de los años, misma que es impulsada por las demandas sociales; de ahí que la evaluación tradicional haya surgido como respuesta a una amplia demanda de clasificación de las personas entre normales y anormales. Esto data del siglo XIX en el cual surgieron los hospitales psiquiátricos en donde se aglomeraron a las personas que no tenían cura por medio de la medicina; y dado que se les daba un trato inhumano surgieron personalidades que impulsaron la dignificación de los enfermos mentales.

Así fue creciendo la demanda de tratamiento psicológico y se impulsó la investigación que fue principalmente dirigida a conocer el coeficiente intelectual, la agudeza sensorial, habilidades motoras, etc. Uno de los principales avances en esta época fue el surgimiento de la medición mental o de las pruebas psicológicas diagnósticas.

Cuando Estados Unidos de Norte América (EUA) participó en la primera guerra mundial en 1917, surgió la necesidad de detectar y clasificar los grupos de reclutas militares a los que se obligaba a entrar en servicio activo. Entre 1920 y 1939 los psicólogos ya contaban con tanto pruebas individuales como grupales, verbales y no verbales; con esto se empezó a popularizar el término del coeficiente intelectual. (Phares, Padilla y Gómez, 1999)

Así para finales de los años 40' hubo un crecimiento explosivo de las pruebas de personalidad y una mayor demanda de expertos en psicodiagnóstico, siendo el uso e

interpretación de las puntuaciones en pruebas psicológicas la base para la formulación del diagnóstico, así como para la planificación del tratamiento.

Gracias a los resultados arrojados por las pruebas psicométricas hubo la necesidad de clasificar los diferentes problemas psicológicos surgiendo así en EUA el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-1) en 1952. (Labrador, Cruzado, Muñoz; 1998)

En la opinión de Phares, Padilla y Gómez (1999), las medidas objetivas obtenidas en el DSM-1 se basan en un enfoque nomotético de evaluación, en que las puntuaciones obtenidas en las pruebas se interpretan utilizando reglas con base empírica que implican la comparación entre la puntuación obtenida y la puntuación promedio obtenida de una gran muestra representativa. Bajo un enfoque de terapia de conducta, es frecuente que las respuestas obtenidas, se interpreten utilizando un enfoque idiográfico.

En este punto habría que recordar que a finales del siglo XIX y principios del XX, la principal manera de intervención para los problemas psicológicos es la impulsada por Freud que a su vez fue influenciado por un modelo médico en el que siempre se busca la cura del paciente. De ahí que las problemáticas de las personas consistían en diagnósticos como psicosis, neurosis y principalmente la histeria; provocando un tratamiento largo y por ende mayor demanda de soluciones rápidas y efectivas.

Es así como figura el conductismo en el tratamiento clínico de pacientes con problemas psicológicos; aún cuando ya había surgido en el área de la investigación psicológica; haciendo énfasis en que los rasgos de personalidad no se pueden medir de manera directa ni generalizar por las diferencias en la población y proponiendo la evaluación conductual.

La evaluación conductual enfoca su atención en la obtención de muestras directas del comportamiento en la vida real de acuerdo con la orientación psicoterapéutica de la conducta establecida en la psicología clínica.

“Los conductistas comenzaron a desarrollar lo que se consideraba como una rama más práctica de la terapia. Andrew Slaiter (1949) escribió el libro *terapia de reflejos condicionados*. Fue un trabajo pionero de lo que evolucionaría después con métodos de desensibilización. En 1953, B. F. Skinner, impulsó la causa de la terapia conductual cuando explicó su aplicación de los principios operantes a las intervenciones terapéuticas y sociales. Después en 1958, Joseph Wolpe introdujo la desensibilización sistemática. Albert Bandura en 1969 estableció el escenario para el movimiento cognoscitivo conductual al demostrar cómo podía modificarse la conducta a través de la observación de otros, lo cual se conoce como modelamiento.” (Phares, Padilla y Gómez, 1999)

El atractivo de la terapia de conducta se deriva de su enfoque en la conducta observable y medible, de la menor extensión o tratamiento que se requería y del énfasis en la valoración empírica del resultado del tratamiento.

De este modo, Fernández Ballesteros (1994) menciona que la Evaluación Conductual es determinante del poder de los modelos explicativos de los desórdenes de la conducta. Además afecta a las inferencias que extremos acerca de las relaciones funcionales y acerca de la efectividad de las intervenciones clínicas.

Aunque a nivel teórico, se cuestionaban desde posiciones conductuales, la fundamentación de los modelos cognitivos imperantes, la ausencia de definiciones operativas y la circularidad de los conceptos o de gran parte de ellos; así, como el supuesto de que la actividad cognitiva determina los estados emocionales y conducta motora sin excepción. En general, se reconoce la necesidad de incorporar variables cognitivas en la evaluación y el tratamiento que permitan mejorar los resultados de las intervenciones. (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

Así, según Edler y Magnusson (1976; citado en Bouchard y Granger, 1981) existen fundamentos en el enfoque cognitivo-conductual: a) la conducta es resultado del proceso constante de retroalimentación entre el organismo y la situación en la que se encuentra, b) este proceso de interacción es un agente activo, c) respecto al individuo, los factores

cognitivos constituyen los agentes determinantes de la conducta y d) la significación psicológica de la situación para el individuo constituye el factor causal.

Este enfoque abarca una serie de diversos modelos, entre los cuales se encuentra el de la evaluación psicológica que incluye las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas, la detección de variables organísmicas y ambientales que provocan o mantienen las conductas; hace énfasis en el presente y en las variables situacionales que el sujeto consulta y que considera inadecuadas. En el modelo secuencial integrativo, se analizan secuencialmente las variables que provocan en el presente las respuestas del sujeto evaluado y se concluye sobre las consecuencias que dichas conductas producen en el ambiente.

Cuando se evalúa el sujeto podemos inferir que las respuestas son producto ya sea de la biología o del aprendizaje; si se evalúa las respuestas se comprueban los antecedentes y consecuencias que se producen en ese momento pudiendo controlar experimentalmente las respuestas.

En el presente trabajo se reportará un caso clínico de ansiedad generalizada con ataques de pánico, en donde se muestra la utilidad del análisis funcional que es parte de la evaluación conductual contrapuesta a la evaluación tradicional.

Antes de continuar, es importante aclarar que a lo largo del trabajo se manejará los términos ataques de pánico y crisis de ansiedad como sinónimos.

Para cumplir con lo dicho anteriormente resulta indispensable hablar de las definiciones psicológicas de la ansiedad; que derivan de la evaluación conductual contraponiéndola con la evaluación tradicional y sus características fisiológicas.

El ser humano nace con una serie de conductas innatas y es a través de su desarrollo que va adquiriendo nuevas conductas, a las cuales se les llama aprendidas; todas ellas le sirven

para adaptarse al medio ambiente y a la sociedad según en la época en la que se desenvuelva.

Dentro de las conductas innatas se encuentra la activación, que es aquella situación en la que el organismo percibe que sus mecanismos adaptativos se ven superados frente a situaciones estimulares intensas, repetitivas o duraderas; siendo una respuesta que da el organismo dirigida a salvaguardar la vida de forma inmediata. De esta forma todas las manifestaciones clínicas son fruto de los fenómenos de activación del sistema nervioso ante una situación de alerta: el incremento de la presión arterial, la frecuencia del pulso cardiaco y respiratorio, la coagulación sanguínea, lo cuál impedirá que el hombre se desangre si éste resulta herido.

Esta función de activación le ha ayudado al hombre a sobrevivir a través de las épocas. Actualmente el hombre tiene que lidiar con la sociedad y sus estrepitosos cambios; lo cual nos introduce en el terreno de las cogniciones y las conductas, las cuales a través del tiempo han ido cambiando.

De ahí surge la ansiedad (Rojas, 1998) que está determinada por una activación del organismo, que ha diferencia de ser provocada por algo concreto, ahora está influida por una serie de pensamientos o creencias que construye el hombre a partir de las situaciones en que vive; es decir, dependen de cada hombre y de cómo éste interprete los acontecimientos del mundo social.

Los seres humanos al interpretar el mundo, muchas veces actuamos según lo que creemos que los demás esperan de nosotros; de alguna manera, se ha cometido el error de no actuar conforme a lo que deseamos y guiarnos por un sin número de reglas religiosas y culturales. Desgraciadamente este tipo de situaciones pueden llevar al hombre a tener un ciclo vital colmado de infortunio; sin embargo, muchas veces no lo aceptan o piensan que no pueden salir de este ciclo, sino hasta que deriva de entre muchas cosas, un fenómeno llamado ataques de pánico o crisis de ansiedad.

La ansiedad es sumamente universal. Es una manifestación de la dimensión desvalida de la persona. Todos, alguna o muchas veces a lo largo de nuestras vidas la hemos sufrido con mayor o menor intensidad. Todos, en otras ocasiones, hemos sentido y disfrutado la ansiedad y sus efectos, la hemos vivido con expectación.

De este modo se define a la ansiedad como una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, comportamentales y cognoscitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza a su integridad física o psicológica (Sáiz, Ibáñez y Montes, 2000).

Es esta definición cognitivo-conductual la que nos lleva a una evaluación conductual para encontrar las relaciones funcionales entre las variables que intervienen con la conducta.

Por otro lado existe una definición extraída de la evaluación tradicional que sostiene que “la ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan, que son incontrolables y se asocian con inquietud, impaciencia, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño; además de otros síntomas físicos” (DSM-IV, en: Bobes, Bousaño, Portillo y Sáiz, 2002).

Al contraponer estas dos definiciones se podrá cumplir con el objetivo del presente trabajo el cual es demostrar la eficacia e implicaciones de optar por una intervención cognitivo-conductual multi-sistema en el tratamiento de un caso de ansiedad generalizada con ataques de pánico. Además de la importancia del análisis de resultados, el cuál no sólo se hará cuantitativamente sino que además esto se complementará con lo cualitativo pues es una manera de enriquecer al lector respecto del caso que se reportará.

Por lo tanto el proyecto constará de tres capítulos, en el primero se expondrá la evaluación tradicional en alternancia con la evaluación conductual, se analizará la evolución de ambas formas de recabar información, así como su manera muy particular de abordar y tratar los problemas psicológicos.

Para dar paso al segundo capítulo en el cual se definirá ampliamente el término ansiedad y el término ataques de pánico; además se explicará cómo la evaluación tradicional y la evaluación cognitivo conductual abordan cada una de las conductas (ansiedad y ataques de pánico) para darles una intervención.

A partir de las dos diferentes intervenciones que se describirán, el interés se centrará en el propuesto por la evaluación cognitivo conductual; en el cual a través del análisis funcional se puede diseñar una intervención para las crisis de ansiedad en donde no sólo se aborda la parte fisiológica de tales crisis de ansiedad para detenerlas por medio de respiración lenta, sino que además se presta atención a otras problemáticas del individuo. De tal forma que se reconceptualice por medio de un entrenamiento en asertividad y una reestructuración cognitiva a través del modelo de Ellis. Lo cual es justificado por Lang (1977) refiere que la empresa terapéutica de la conducta debería ser un programa vigoroso multi-sistema. Esto quiere decir que el paciente que manifiesta déficit en su desempeño social, en la fisiología de la ansiedad e incluso expresa un sentimiento de miedo o indefensión, es probable que incluyera la modificación directa en cada uno de esos campos de la conducta.

Finalmente en el tercer capítulo se describirá el caso, así como el proceso terapéutico que se siguió en él.

CAPÍTULO 1. EVALUACIÓN TRADICIONAL VERSUS EVALUACIÓN CONDUCTUAL.

En el presente apartado se comenzará por definir la evaluación, para poder explicar como ésta ha ido evolucionando desde finales del siglo XIX y durante el siglo XX. Contraponiendo los supuestos teóricos que le han dado una definición y metodología más amplia a la evaluación psicológica.

1.1. Antecedentes históricos de la evaluación tradicional.

Conbrach 1990 (citado en Fernández-Ballesteros, 1998), señala que evaluación es un término que connota la integración y valoración de la información recogida. Además hace referencia, fundamentalmente al examen o exploración de personas.

En los últimos veinte años se ha producido una ampliación del objeto de la evaluación psicológica. Así, la evaluación se puede dirigir al estudio de las características psicológicas de los sujetos en evaluación; también se puede evaluar a un específico contexto habitado o incluso se puede evaluar una intervención (Fernández-Ballesteros, 1998).

Para que eso fuera posible, la evaluación obtuvo auge a finales del siglo XIX perfilándose así como evaluación tradicional, la cuál surgió gracias a la problemática de la época.

Ávila, Jiménez y Rodríguez (1992) comentan que la obra de Kraepelin (1856-1926) es de gran importancia para la historia de la evaluación clínica, no sólo por su conocido sistema clasificatorio de los trastornos mentales sino también por el haber propuesto y descrito un sistema abarcativo de diferentes pruebas para distinguir a los individuos normales de los patológicos; realizado en colaboración con uno de sus alumnos Axel Oehrle (1862). Su sistema consiste en la valoración de funciones psicológicas tales como la memoria, capacidad de aprendizaje, atención, fatiga o sensibilidad. Sus aportaciones son tan destacadas que le sitúan como principal precursor de la evaluación clínica actual.

Varios autores (Ávila, Jiménez y Rodríguez, 1992; Fernández-Ballesteros, 1998; Phares, 1999; concuerdan en que tres son los padres del psicodiagnóstico: Francis Galton (en Inglaterra), James Mc Keen Cattell (en Estados Unidos de América) y Alfred Bidet (en Francia).

Francis Galton (1822-1911)

Phares (1999) comenta que a Galton, el análisis estadístico lo fascinó y dedicó gran cantidad de esfuerzo a la aplicación de métodos cuantitativos a la comprensión de las diferencias entre personas. La búsqueda de sus intereses en agudeza sensorial, habilidades motoras y tiempo de reacción, lo llevó al establecimiento de un laboratorio antropométrico en 1882.

Por su parte Fernández Ballesteros (1998), lo menciona como padre de la psicología diferencial, cuyo objetivo fue la descripción y medición de las características humanas. Ya en 1869, con su publicación “Clasification of Men Acording to Their Natural Gifts”, inició el estudio psicológico de las diferencias individuales. Pero fue en 1883 cuando publicó su obra más importante “Inquires Into Human Faculty and its Development”, punto de partida de los test mentales. Galton sintetiza con su obra objetivos evaluativos científicos y aplicados y lleva a la vida cotidiana la tecnología que había permanecido durante años en los laboratorios.

Mc Keen Cattell (1860-1944)

Según Phares (1999) a pesar de la desaprobación de Wilhelm Wundt, en cuyo laboratorio trabajó como asistente, Cattell volcó su atención hacia diferencias en tiempos de reacción entre personas. Consideraba, al igual que Galton, que ésta era una manera de acercarse al estudio de la inteligencia. De hecho, acuñó el término pruebas mentales para describir sus mediciones.

Sus objetivos científicos, fundamentalmente diferencialistas, le llevan a realizar su tesis doctoral sobre el estudio diferencial de los tiempos de reacción bajo la dirección de Wundt. La propuesta de los test mentales como instrumentos de medida de determinadas características psicológicas, las técnicas de evaluación de funciones sensoriales, perceptivas y motoras y el énfasis en la utilización de medidas objetivas, son las principales aportaciones de Cattell a la constitución de la evaluación psicológica” Fernández-Ballesteros (1998).

Así se pueden ver los primeros pasos del movimiento de evaluación con pruebas. Para Phares (1999), el comienzo puede encontrarse con Galton o Cattell, pero el ímpetu definitivo provino del trabajo de Alfred Binet, quien estaba convencido de que la clave para el estudio de las diferencias individuales residía en el concepto de normas y desviaciones concomitantes a ellas.

Alfred Binet (1857-1911).

Según Fernández-Ballesteros (1998), Binet plantea tres tipos de requisitos que esas pruebas deben reunir: 1) que estén formadas por tareas sencillas; 2) que en su aplicación se invierta poco tiempo; 3) que sean independientes del examinador y que los resultados obtenidos puedan ser contrastados por otros observadores.

Por su parte Ávila, Jiménez y Rodríguez (1992) manifiestan que Binet en 1895 enuncia los requisitos que deben cumplir los test: a) que estén constituidos por tareas simples; b) que se utilice poco tiempo en su aplicación; c) que las tareas sean independientes del experimentador; y, d) que los resultados obtenidos puedan ser contrastados por otros observados.

Fernández-Ballesteros (1998) señala que gracias a estos avances, durante el último cuarto del siglo XIX se perfila el concepto de la evaluación psicológica como aquella disciplina dedicada al análisis de la individualidad a través de la evaluación de características sensoriales, perceptivas y motoras, así como de funciones superiores y todo ello a través de una serie de técnicas que adoptan el nombre de test mentales.

De forma paralela Ávila, Jiménez y Rodríguez (1992) afirman que la psicología clínica nace con el siglo XX. El psicólogo se ocupaba especialmente de exámenes psicométricos utilizando material del laboratorio de psicología (creado por Mc Keen Cattell). Posteriormente se elaboraba y llevaba a cabo un programa de tratamiento. La mejoría se evidenciaba mediante nuevas exploraciones psicológicas. En 1914 hay ya funcionando al menos 19 clínicas en los Estados Unidos de América, número que se eleva a 87 en 1935.

Además, Ávila, Jiménez y Rodríguez (1992) plantean que los conceptos psicoanalíticos a través de las técnicas de evaluación diseñadas por Jung cimentaban una práctica de la evaluación psicológica clínica sobre una base distinta a la que desarrollara Witmer. Tal base es la del diagnóstico dinámico, que mediante las técnicas proyectivas se generalizaría a partir de 1935. Las teorías evolucionistas están en la base del interés por la medida de las diferencias individuales, a través de la obra de Darwin. Es dentro de esta perspectiva diferencialista, posteriormente correlacional, donde toman cuerpo las primeras propuestas sistemáticas que constituyen los orígenes del psicodiagnóstico contemporáneo y que tienen importantes repercusiones para la evaluación clínica.

Para Ávila, Jiménez y Rodríguez (1992), la evaluación clínica característica hasta finales de los 50's, estaba impregnada de estos primeros desarrollos girando en torno al juicio y a la aptitud clínica y consagrando como métodos preferentes a una cierta perspectiva de las técnicas proyectivas que queda definida por autores como David Rapaport, Bruno Klopfer, Roy Schafer y posteriormente Robert Holt. En 1946 la Administración de Veteranos de los Estados Unidos impulsa una profunda transformación en la consideración de los cometidos de la Psicología Clínica, que pasa a ocuparse de la psicoterapia y la rehabilitación de adultos como tarea fundamental. Todo esto porque dos millones de veteranos necesitaban tratamiento psiquiátrico al final de la guerra.

Según Phares (1999) los decenios de 1940 y 1950 atestiguaron un crecimiento en la complejidad de la tecnología de pruebas por lo que comenzaron a surgir debates acerca de la relativa efectividad de la predicción clínica y estadística. También se dieron complejas discusiones acerca de los métodos de validación de prueba y sobre el modo de protegerse

en contra de actitudes engañosas de parte de los encuestados al momento de responder a las pruebas.

A lo largo de la historia, los teóricos de la personalidad han desarrollado numerosos cuestionarios para evaluar la cantidad que posee un individuo de determinado rasgo (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

A su vez, Ávila, Jiménez y Rodríguez (1992) refieren que la mayor influencia clínica en salud mental es la psicoanalítica y aunque en esta época hay algunos desarrollos de corte conductista, estos no influirán en la clínica hasta mucho después. Sin embargo, en 1965 / 1970 comienza una fuerte crítica al cuerpo conceptual y metodológico del psicodiagnóstico, las cuales son:

ψ Pérdida de confianza a los test (validez y fiabilidad). Simultáneamente la investigación sobre las tendencias de rasgos en los test, pasa a ocupar un primer plano en las investigaciones psicométricas.

ψ Las técnicas proyectivas, paradigma en cierta medida del psicodiagnóstico han entrado en un periodo de profunda revisión.

ψ Se ha generalizado la necesidad de elaborar alternativas psicológicas al diagnóstico psiquiátrico conocido hasta ese momento y al que le falta un soporte conceptual coherente, mediante el desarrollo de una aproximación descriptiva al comportamiento desadaptativo, las críticas al diagnóstico nosológico surgen tanto desde concepciones conductuales como desde psicométricas y genetistas.

ψ Empieza a tener importancia general la crítica social que señala la masificación y deshumanización de la mayoría de los procedimientos al uso, y que reclama el desarrollo de modelos centrados en el sujeto y sus necesidades.

Phares (1999) por su parte opina que en los años 50', se consideraba a los psicólogos clínicos como expertos en psicodiagnóstico siendo el uso e interpretación de las puntuaciones en pruebas psicológicas la base para la formulación del diagnóstico, así como para la planificación del tratamiento. Compartiendo ésta opinión Ávila, Jiménez y

Rodríguez (1992) opinan que en esta temprana época es donde se forma la imagen del psicólogo clínico como un técnico que aplica test mentales.

Phares (1999) insiste en que cada vez surgían más desavenencias dentro de la profesión en cuanto a si las medidas objetivas o las proyectivas de evaluación eran las más adecuadas para describir en forma precisa la personalidad y la psicopatología. También dice que las medidas objetivas como el inventario multifacético de la personalidad (MMPI y el MMPI-2) se basan en un enfoque nomotético de la evaluación, en el que las puntuaciones de prueba se interpretan utilizando reglas con base empírica que implican la comparación ente la puntuación obtenida y la puntuación promedio obtenida de una gran muestra representativa. Sin embargo y en contraste, era frecuente que las respuestas a las medidas proyectivas se interpreten utilizando un enfoque idiográfico.

Finalizando este apartado se puede resumir que la evaluación tradicional surge desde modelos como el dinámico, del atributo y del médico (Fernández-Ballesteros, 1998), los cuales serán retomados en el apartado de supuestos de la evaluación tradicional. Además, se concluye que la evaluación ha respondido a las demandas sociales y por ende tuvo su mayor apogeo la primera mitad del siglo XX, viéndose su decadencia alrededor de los años 60'.

1. 2. Supuestos de la evaluación tradicional.

Dentro de la evaluación tradicional y la evaluación conductual existen una serie de supuestos que las diferencian en su modo de proceder desde su objeto de estudio, hasta su tratamiento pasando por su metodología y técnicas.

Pero cabe aclarar que según Labrador, Cruzado y Muñoz (1998) desde la evaluación tradicional y la evaluación conductual se pretenden en líneas generales los mismos objetivos, es decir, la descripción, predicción y explicación del comportamiento y en definitiva, en el ámbito clínico al que nos referimos, se busca finalmente (explícitamente o no) el tratamiento de problemas psicológicos. Por otra parte, en ambos enfoques se utilizan

procedimientos de medida que han de presentar el mismo tipo de propiedades psicométricas (fiabilidad y validez).

A continuación se sustentaran estas diferencias explicando las características de la evaluación tradicional, en primera instancia, para pasar a las características de la evaluación conductual en el siguiente apartado.

De este modo entenderemos por evaluación tradicional a aquella que incluye el psicodiagnostico realizado sobre la base de test psicométricos, proyectivos o subjetivos a través de los cuales puede llegarse a describir, clasificar y, en el caso más extremo, explicar la conducta de un ser humano, sobre la base del análisis de la estructura de su personalidad, en la que articulan características, rasgos, factores, necesidades, defensas, conflictos y entidades nosológicas. Toda ellas tienen en común el hecho de ser constructos internos subyacentes en el sujeto, inobservables y que le predisponen a la acción (Vallejo, 1998).

Cabe aclarar que lo considerado anteriormente como evaluación tradicional se basa principalmente en tres modelos, los cuales enmarcan las características de la evaluación tradicional que serán mencionadas en lo subsiguiente.

Estos tres modelos Según Fernández-Ballesteros (1998) son: el del atributo, el dinámico y el médico.

ψ El modelo del atributo supone que la conducta esta en función de variables personales u organísmicas, también llamadas intrapsíquicas o genotípicas. Tales variables no pueden ser evaluadas directamente, sino que es menester tener indicación de ellas por medio de las manifestaciones externas de los sujetos o variables fenotípicas.

ψ Desde el modelo dinámico se preconiza que el comportamiento puede ser explicado sobre la base de una serie de construcciones teóricas internas que conforman la estructura de la personalidad.

ψ El modelo medico explica la conducta anormal sobre la base de factores endógenos o internos, biológicos o intrapsíquicos.

Así la evaluación tradicional supone que existe una determinación interna o endógena de la conducta, lo cual implica que la conducta es estable a través de distintas situaciones. De este modo por endógeno se entienden las condiciones biológicas del individuo, así como las características personales o intrapsíquicas (Fernández-Ballesteros, 1998).

Además otra característica de la evaluación tradicional según Labrador, Cruzado y Muñoz (1998) es que es sintética, conceptualizando a lo sintético como lo subjetivo y lo global; calificando de tal forma a los sujetos generalizando las características intrapsíquicas.

Así las variables que le interesan son las intrapsíquicas obtenidas mediante procedimientos empíricos, factoriales o racionales, las cuales se supone que están presentes en todos los sujetos. También estudia las estructuras de la personalidad desde una perspectiva molar sobre la base de los distintos conceptos psicodinámicos que se ponen de manifiesto a través del comportamiento manifiesto del sujeto (Fernández-Ballesteros, 1998).

Al respecto Vallejo (1998) menciona que el evaluador tradicional busca la exploración de la personalidad que, parcialmente, se realiza sobre la base de una serie de constructos, como son los rasgos. Es por esto por lo que utiliza una batería más o menos general para todos sus clientes, ya que todos poseen en mayor o menor medida esos atributos que, se supone, están en los seres humanos. En último término lo que se desea es llegar a obtener la descripción del sujeto en tales rasgos, poder clasificar en orden a obtener un diagnóstico y, en caso extremo poder llegar a explicar la conducta en base a tales construcciones.

De tal forma y según Weiner (1992) para la evaluación tradicional la personalidad es: “Un conjunto de motivos, características y dinámica relativamente estables e interrelacionados que sustentan y dan lugar a los actos manifiestos de un individuo. La esencia de la personalidad es mucho más profunda y significativa de lo que puede apreciarse directamente. En la evaluación se deben enfocar los componentes estructurales o dinámicos que se supone integran la estructura de la personalidad”.

Es decir la personalidad va a estar conformada por rasgos, mismos que serán el elemento clave al describir la conducta de una persona.

Por lo tanto, las distintas concepciones de personalidad tanto desde el punto de vista tradicional como del conductual tienen importantes implicaciones en el diseño de pruebas. De acuerdo con el enfoque más tradicional, en la evaluación interesan más los motivos, la dinámica y los componentes estructurantes primarios que la naturaleza de la situación en que se desenvuelve el individuo (Weiner, 1992).

De tal forma desde la evaluación tradicional se pretende analizar dimensiones o característica subyacentes, internas o genóticas, que no pueden ser observadas directamente. Como pone de relieve Mishel (1972), desde el enfoque tradicional la conducta manifiesta, externa y observable, es superficial, tan solo supone un indicador de un atributo hipotético interno (en: Ladoucer, Bouchard y Granger (1981).

Este mismo autor comenta que, en la evaluación tradicional el organismo y sus unidades suponen tendencias, disposiciones, y en definitiva construcciones teóricas en base a las cuales el sujeto actúa y su conducta es consistente y estable a través del tiempo y distintas situaciones. Estas construcciones son concebidas, como las unidades básicas en el estudio de la personalidad desde la perspectiva psicométrica, o bien son productos de la interacción entre los superconstructos psicoanalíticos y se han gestado en los primeros años de la vida, o bien son el resultado de pulsiones primarias biológicamente ancladas en la especie humana.

También están implicadas de manera semejante, las construcciones psiquiátricas que suponen conceptualizaciones o etiquetas derivadas de la aplicación del modelo médico a la conducta anormal, en el que se infiere que la conducta problema es un síntoma de enfermedad o estado patológico interno del sujeto. Como es lógico, esas unidades de análisis son inobservables y han de ser inferidas de ciertas manifestaciones directas o indirectas de los sujetos. (Vallejo, 1998).

De esta forma, la idea de que la conducta es estable y que esa estabilidad esta producida y, a su vez, demuestra, la existencia de disposiciones o rasgos internos en las personas es mantenida, o bien late, en el fondo de toda evaluación tradicional. En otras palabras, una persona es neurótica, o dependiente, o agresiva o utiliza un determinado mecanismo de defensa, o tiene un determinado conflicto y establemente se comporta así, y lo sabemos porque lo podemos evaluar con el test que miden estas construcciones. Si existieran algunas inconsistencias test-retest, estas serían inmediatamente imputadas al error de medida y no tomadas como prueba de la inconsistencia de esos atributos. Es decir, el rasgo es medido a través del test que, a su vez, supone una prueba de la existencia del rasgo, a través de la técnica en cuestión, esto sería imputado a la falta de fiabilidad del instrumento (Eysenck y Eysenck, 1980; en Labrador, Cruzado y Muñoz (1998)

De ahí que Buela, Caballo y Sierra (1996) manifiesten que las teorías sobre los rasgos de personalidad no son consistentes con las suposiciones de la teoría del aprendizaje (la cual será abarcada más adelante).

Por lo tanto para la evaluación tradicional el comportamiento es explicado en base a variables organísmicas y, concretamente, en base a ciertos atributos de ese organismo. Si las condiciones ambientales son tenidas en cuenta, lo son como confirmadoras de la personalidad y de sus atributos durante el desarrollo, por lo que, en este caso, la atención del evaluador debe dirigirse a evaluar los atributos del presente y a reconstruir las circunstancias que existieron en el pasado (Vallejo, 1998).

Al respecto Labrador, Cruzado y Muñoz (1998) siguen argumentando que en el modelo tradicional lo que interesa de lo social o ambiental es el pasado. Es decir, lo que el evaluador tradicional trate de reconstruir a través, por ejemplo, de la entrevista, es la historia pasada del sujeto que le permita explicar la formación o construcción de los actuales determinantes de la conducta.

Para reconstruir lo que ha conformado la personalidad, en el pasado, el evaluador debe poner su atención en las variables del organismo o atributos.

De ésta forma sí desde la evaluación tradicional se admite que existen tales variables organísmicas, que estas son inobservables y que la conducta depende de ellas, éstas serán tomadas como indicador o signo de la existencia de tales atributos. Es decir, si se admite la existencia des rasgo agresividad, como éste es un atributo, una propiedad interna del individuo, tendrá que ser medido o evaluado a través de manifestaciones externas del individuo. En otras palabras, se necesitarán signos externos de la existencia de tal construcción. Un signo de la agresividad podrá ser pegar o morderse las uñas o bien, incluso, tener una úlcera en el estómago. Esto, que sucede en la interpretación de las respuestas de la vida real, sucede, por derivación, en la interpretación de las respuestas dadas a un test. Es decir, las respuestas a los test son signos de la existencia de determinados atributos que miden tales test (Ladouceur, Bouchard y Granger, 1981).

Al ver a la respuesta como un signo, el test va a fungir como principal forma de evaluación, en el que el individuo se muestre tal cual es, es decir, el test será reflejo de la personalidad del individuo, así como, de cada uno de sus rasgos.

Así las manifestaciones dadas ante un test no están directamente relacionadas con el atributo que están midiendo, sino que mantienen una relación indirecta y pueden no estar implicadas, desde una perspectiva lógica, con el atributo al que representan. Es decir el contenido de un test no es importante (en su contenido) sino que tan solo es un indicador de una variable subyacente en el individuo. Esto puede ocurrir cualquiera que sea la técnica que se utilice, y es aplicable tanto si se trata de técnicas proyectivas como psicometrías o subjetivas. Así, por ejemplo, esta clara la ambigüedad y lo indirecto de la evaluación a través de los test gráficos, donde determinadas conductas verbales o gráficas son interpretadas como signos indirectos de la existencia de conflictos o necesidades en el sujeto. Asimismo esto puede suceder en los cuestionarios en los que por ejemplo, las actitudes políticas sean tomadas como indicadores de rasgos, tales como conformidad o rigidez, así como también determinadas actitudes religiosas pueden ser considerada como indicadores de la depresión (en: Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

Según Fernández-Ballesteros (1998) en la evaluación tradicional se emplean primordialmente test y técnicas en la recogida de información para la contrastación de las hipótesis de partida. Emplean procedimientos tipificados contruidos mediante criterios tradicionales empíricos o factoriales en medición de rasgos, factores, dimensiones o entidades nosológicas.

En la opinión de Vallejo (1981) aquí se perfila una diferencia entre la evaluación tradicional y la conductual ya que menciona que los dos enfoques pueden utilizar test pero tanto el material del test como la forma en que se utiliza e interpreta es sumamente diferente. En los test tradicionales las respuestas del sujeto son interpretadas como signo, se infiere que esa determinada conducta es manifestación de una disposición, rasgo o tendencia interna del sujeto.

Desde el punto de vista de Golfried, Davison (1981) mientras que los test de personalidad tradicionales postulan que las respuestas son signos, para la evaluación conductual las respuestas del sujeto (en muchos ámbitos) actúa como muestra (cuestión que se abordará de manera más profunda en el próximo apartado).

Así Labrador, Cruzado y Muñoz (1988) comentan que las respuestas de un individuo en evaluación tradicional son interpretadas como indicadores o signos de la existencia de una disposición o atributo interno estable a través del tiempo y generalizable a otras situaciones. Estas disposiciones o atributos se dan en todos los sujetos en mayor o menor medida y son las principales fuentes de variación en las diferencias humanas.

Según Golfried y Davison (1981) la razón de que para la concepción psicodinámica existan coherencias de conducta independientemente de las variables situacionales, es el hecho de que se ha concebido relativamente poca importancia a los estímulos utilizados.

Desde la evaluación tradicional el énfasis fundamental está en el análisis de una serie de características que, en gran parte de los casos, han sido construidas en base, precisamente, a las respuestas de los sujetos a una serie de técnicas. Estos test suponen los auto-informes de

los sujetos, así pues, parece posible decir que son los test psicométricos de auto-informe junto con las técnicas proyectivas las técnicas de mayor uso en la evaluación tradicional (Vallejo, 1998).

Desde la evaluación tradicional se utilizan técnicas de auto-informe en las que los elementos o items están conformados por descripciones conductuales frente a las que los sujetos deben contestar según unas alternativas de respuesta. La selección de tales elementos se ha debido a estrategias empíricas, factoriales. En todo caso, los supuestos teóricos del modelo de la personalidad, desde el que fue construido, han mediatizado que el conjunto de items inicial del que partió el constructor del test presentara una serie de características. Así en la mayor parte de los casos los elementos preseleccionados son de carácter general y, por lo tanto, no prestan especificidad, ni situacional ni de respuesta, ya que fueron elegidos en base a las relaciones supuestas entre ellos y el rasgo o dimensión que se pretendía medir.

“Los elementos de un auto-informe no solo están compuestos de formulaciones descriptivas, sino también de alternativas de respuesta entre las que el sujeto debe elegir. En general, estas alternativas son dicotómicas o bien se admiten tres posibilidades cuando se incluye la alternativa de contestar “no se”. Goldberg (1971) ha puesto de relieve que este hecho provocaba una importante fuente de error en tales instrumentos al producir “una marcada variabilidad intraindividual en la respuesta a aplicaciones repetidas del test. Esta crítica procede, en buena parte, de supuestos teóricos del propio enfoque tradicional por los que es esperable que el sujeto sea consistente en sus respuestas a través del tiempo. No obstante desde nuestra perspectiva, dicha variabilidad, en las respuestas, supone no sólo un error del test, sino una prueba de la inconsistencia de la conducta. Pero, aún podría decirse más, las alternativas de respuesta que están presentes en los instrumentos tradicionales son también generales e incluso taxativas, y no permiten responder con las matizaciones propias que realmente aparecen en la situación. Es decir, las respuestas a la cuestión “soy muy religioso” tan solo pueden ser “sí” o “no” o “no se” sin presentar las distintas posibilidades de la respuesta religiosa. Es decir, miden “la religiosidad”. Es decir, las respuestas concretas implicadas en la contestación “sí” a un elemento de un test de

personalidad pueden ser muy diversas y estos aspectos no son tomados, en lo absoluto, en cuenta (en: Ladouceur, Bouchard y Granger, 1981).”

De los test, entonces, se pueden inferir una serie de características del sujeto, las cuales serán manejadas como rasgos de la personalidad, independientemente de las situaciones a las que haga referencia el mismo test, es decir, el individuo se comportará de manera similar a través de distintas circunstancias de la vida diaria.

Desde una perspectiva muy semejante podrían ser cuestionadas las observaciones realizadas, desde el enfoque tradicional, en las que el observador emite juicios impresionísticos sobre los sujetos en base a su marco referencial teórico sin especificar en que datos reales se basó para deducir tales conclusiones.

Por lo cual cuando se ve el resultado de una prueba psicométrica se esta viendo en realidad una aseveración que impugna verdad y que representa una conclusión dada desde la perspectiva del creador de dicha prueba psicométrica. Además la evaluación tradicional es en la que de antemano se cuenta con una batería de test preestablecidos. Grosso, un evaluador psicodinámico utiliza sistemáticamente con sus sujetos algunas técnicas gráficas y una entrevista. A lo sumo ampliará ésta con, por ejemplo, alguna otra escala más completa. Esto reporta al evaluador ventajas de tiempo y energía y al cliente, económicas. De este modo Vallejo (1998) opina que la evaluación tradicional produce menores costes (de todo tipo) realizar una exploración tradicional que va a ser aplicada por un solo psicólogo y que va a poder complementarse en la consulta de éste.

A manera de conclusión en la evaluación tradicional se pretende la descripción, clasificación y, en su caso, explicación del comportamiento de un sujeto. De todo ello debería poder hallarse que aspectos de la personalidad habrían de ser modificados durante la terapia. Pero lo que no se detecta son aquellas variables de tratamiento que han de ser manipuladas durante la intervención psicológica. De ahí que se afirme que en evaluación tradicional existe una relación indirecta con el tratamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

Lo cual representa una importante conclusión para los objetivos del presente trabajo, si la evaluación tradicional esta indirectamente relacionada con el tratamiento, habría de esperarse que el tratamiento, por tanto, no fuera del todo efectivo, si recordamos el apartado anterior fue por esta misma razón por la que se opto por buscar nuevas formas de evaluación y tratamiento, ya que no se requería clasificar a las personas sino darle solución a sus problemas.

1.3. Antecedentes históricos de la evaluación conductual.

Las exigencias sociales en el ámbito clínico, escolar y de las organizaciones han promovido la elaboración de técnicas evaluativas dando lugar a la tecnología de la Evaluación Psicológica.

Fernández-Ballesteros (1998) considera que a partir de los años setenta es cuando comienza una nueva época en la que junto con la puesta en cuestión y crítica de una evaluación exclusivamente realizada con base en test de medición de características individuales van desarrollándose modelos conductuales y tecnología conectada con la psicología básica. Es también a partir de los años setenta cuando se extiende el propio objeto de la evaluación, poniendo énfasis en el ambiente y, de ahí, a la evaluación del mismo y la valoración de las intervenciones.

Es así como se empezará a explicar lo relativo a la evaluación conductual, principiando por definir el Modelo Conductual de la Psicología. El conductismo y sus derivaciones, según Fernández-Ballesteros (1998) han dado lugar al llamado modelo conductual, desde el cual se busca el análisis de las relaciones funcionales existentes entre las respuestas (motoras, cognitivas y psicofisiológicas) objeto de estudio y aquellas variables que las mantienen o controlan, incorporando en sus versiones actuales, no sólo condiciones ambientales sino también personales (cogniciones, aspectos orgánicos y culturales).

Como se ha explicado anteriormente, las teorías dinámicas surgieron de la observación de pacientes, de consideraciones filosóficas sobre la naturaleza y fin del hombre y de

formulaciones conceptuales. En contraste, los modelos basados en paradigmas de aprendizaje se desarrollaron a partir de estudios de laboratorio acerca del desarrollo y la modificación del comportamiento, haciendo énfasis en la manipulación controlada de eventos observables, en la medición y en el análisis de hechos complejos en componentes simples; por consiguiente, no sorprende que entre las contribuciones más características de los modelos de aprendizaje en psicología clínica estén las reglas para observar el comportamiento humano, hacer y modificar inferencias a partir de observaciones y diseñar técnicas de modificación del comportamiento (Kanfer y Phillips, 1980).

Por tal circunstancia, es importante definir evaluación desde el modelo conductual. Para esto, Golfried (1996) menciona que evaluación, no sólo es la medición u otra denominación de la estructura de personalidad del individuo que sea objeto de alguna experiencia terapéutica; sino, más bien, es la identificación y medición de un amplio espectro de factores relevantes que son necesarios para garantizar posiblemente la mejor modificación de la conducta inadaptada de un individuo particular.

También Nelson y Hayes (1981: citados en Silva, 1989), definen la evaluación conductual como la identificación y medición de unidades de respuesta significativas y de las variables (tanto ambientales como orgánicas) que las controlan; con el propósito de entender y alterar el comportamiento humano.

Phares (1999) señala que la tradición académica y de investigación en psicología le debe mucho al trabajo de dos hombres: Wilhelm Wundt, un alemán quien realizó trabajos importantes en el primer laboratorio psicológico, en Leipzig 1879. En ese mismo decenio, un estadounidense, William James, también estableció un laboratorio y en 1890 publicó su texto clásico “Principios de psicología”.

Sin embargo, Labrador, Cruzado y Muñoz (1998) toman en cuenta un periodo que va de 1896 a 1938, el cuál se caracteriza a nivel teórico por el desarrollo del condicionamiento clásico, por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituirá el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollará la modificación de conducta.

Durante este periodo, Iván Pavlov daba conferencias acerca de los reflejos condicionados. Por lo que Phares (1999) indica que su trabajo en condicionamiento dejó un importante legado a la psicología clínica. El concepto de condicionamiento clásico se ha vuelto parte central de la teoría e investigación, mientras que también ha representado un papel significativo en una variedad de métodos terapéuticos.

Poco después aparecerán las primeras formulaciones de Watson sobre el conductismo, o lo que debe ser la Psicología desde el punto de vista de un conductista (Labrador, Cruzado, Muñoz (1998)); el objeto de la psicología es la conducta y la forma de estudiarla sigue los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike.

Estos mismos autores indican que en esta primera época ya se llevan a cabo trabajos aplicados siguiendo estas directrices conductistas, entre ellos destaca por lo conocido el trabajo en el que Watson y Rayner, 1920 citados en Labrador, Cruzado y Muñoz (1998); inducen experimentalmente una fobia a un niño pequeño (el caso del pequeño Albert), que ponía de manifiesto cómo el miedo se podía adquirir por medio de un proceso de condicionamiento clásico. No obstante, quizá sea Mary Convert Jones, una discípula de Watson, la que deba ser considerada como la primera modificadora de conducta, al llevar a cabo el tratamiento de una fobia a los conejos en un niño (Peter), utilizando una técnica de condicionamiento directo. Utilizando un procedimiento similar a la desensibilización sistemática y aspectos como el modelado o imitación social.

Pero la psicoterapia no lo era todo. Los conductistas comenzaron a desarrollar lo que ellos consideraban como una rama más práctica de la terapia. Andrew Salter (1949: citado en Phares, 1999) escribió el libro “Terapia de Reflejos Condicionados”. Fue un trabajo pionero de lo que evolucionaría después como métodos de desensibilización. En 1953, B. F. Skinner impulsó la causa de la terapia conductual cuando explicó su aplicación de los principios operantes a las intervenciones terapéuticas y sociales.

Labrador, Cruzado y Muñoz (1998), indican que durante 1938-1958 tiene lugar en el contexto teórico el desarrollo de las grandes teorías neoconductistas del aprendizaje: Hull,

Mowrer y Tolman. De todas ellas sobresale el modelo de trabajo de Skinner, que aunque pretendidamente ateoórico o como tal defendido por el autor, supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales asentar las directrices de la intervenci3n.

Por su parte, Phares (1999) comenta que a finales del d3cenio de 1950, el movimiento denominado **conductismo radical** comenz3 a ejercer su influencia. Aquellos que se sumaron a esta orientaci3n sostenían que s3lo puede medirse la conducta explícita, y que no es útil o deseable inferir el nivel o la existencia de rasgos de personalidad a partir de los resultados de pruebas psicol3gicas; seg3n los conductistas radicales, los rasgos de personalidad no se pueden medir de manera directa.

De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable; atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales, rechazando las explicaciones basadas en constructos inferidos internalistas como carentes de utilidad.

Dentro del modelo conductual, de los m3s destacados gracias a sus aportaciones es B. F. Skinner, quien en 1953 publica su obra “Ciencia y conducta humana”, en la que formulan los principales conceptos en los que se basar3 posteriormente la evaluaci3n conductual (Ávila, Jim3nez y Rodr3guez. 1992).

A partir del modelo conductual se inicia la formulaci3n del condicionamiento operante, el cu3l constituye un salto conceptual de gran trascendencia, pues el enfoque operante basado fundamentalmente en las formulaciones y trabajos de B. F. Skinner (1953, 1971, 1974: citado en Ávila, Jim3nez y Rodr3guez, 1992), se centra en el estudio de la conducta manifiesta y el de las relaciones funcionales que 3sta mantiene con los estímulos del medio (antecedentes o consecuentes), base del denominado an3lisis funcional de la conducta.

Kendall y Norton-Ford (1988) destacan el paradigma de Skinner (1953) de “an3lisis funcional”, pues este an3lisis implica la evaluaci3n de los acontecimientos que preceden a

determinado comportamiento (antecedentes) y los que le siguen (consecuencias), comenzando a ser utilizado dicho análisis en el área clínica.

Es así, como en el ámbito de la psicología clínica (o de la enfermedad mental) se menciona el trabajo de Eysenck (1952): citado en Labrador, Cruzado y Muñoz (1998), como el que se señala que la efectividad de las psicoterapias en el tratamiento de las neurosis no era superior a la recuperación espontánea, supone una seria llamada de atención al estado de la cuestión.

Prestando atención a otros autores como Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996), comentan que históricamente, los terapeutas de conducta han sido bastante críticos, adoptando puntos de vista situacionales sobre la conducta; y que los análisis clínicos y los experimentos de caso único confirmaron las diferencias individuales de las historias de aprendizaje, es decir, “síntomas” clasificados con las mismas características pueden diferir obviamente, en su naturaleza y podrían también relacionarse con historias de aprendizaje diferentes.

Para Kendall y Norton-Ford (1988) la evaluación conductual ha surgido como modelo que ayuda a los clínicos a formular y evaluar planes específicos de intervención a sus clientes. La evaluación clínica es el proceso de obtener información sobre el cliente o sujeto a fin de entender mejor a la persona. Dentro de este proceso, el clínico selecciona el método de evaluación, lleva a cabo ésta, examina e interpreta la formación conseguida, resumida para el cliente y así dar las conclusiones pertinentes y comunicar los resultados a otros profesionales.

En la opinión de Bernstein y Nietzel (1986) el reconocimiento oficial de la “terapia conductual” ocurrió a finales de la década de 1950 y principios de la de 1960, una época en la que hubo varias razones para que la psicología clínica se mostrara receptiva a las aproximaciones del aprendizaje social al tratamiento.

Es entonces, cuando el psicólogo clínico, según Labrador, Cruzado y Muñoz (1998), que ya dispone de un cuerpo de conocimientos importantes para explicar las conductas normales y

anormales, muestra su rechazo al rol que se le había venido asignando, que reducía sus competencias a labores diagnósticas. Al mismo tiempo, aparece una importante demanda de profesionales que sean capaces de intervenir con éxito ayudando a las personas que han quedado afectadas como consecuencia de la segunda guerra mundial.

Phares (1999) opina que hay muchas personas sobre las que es necesario intervenir con procedimientos que sean eficaces a corto plazo, pero a esta demanda los procedimientos tradicionales de intervención, en especial el psicoanálisis, son incapaces de dar una respuesta satisfactoria. Se hace necesario el desarrollo de nuevos procedimientos, y los psicólogos que disponen del cuerpo de conocimientos más amplio sobre las leyes de la conducta humana se encuentran en disposición de ofertar estas nuevas formas de intervención.

La modificación de conducta surge como una alternativa innovadora, calida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz no sólo de explicar los trastornos del comportamiento, sino de presentar soluciones eficaces para ellos. Al mismo tiempo que nace como un rechazo al estado de cosas reinante en el ámbito de la enfermedad mental. Esta doble vertiente de oposición a los enfoques tradicionales y desarrollo de estrategias propias, producto del estudio e investigación experimental del comportamiento, es lo que ha marcado el inicio y posterior evolución de este modelo (Fernández-Ballesteros, 1994).

Dentro de la modificación de conducta, según Labrador, Cruzado y Muñoz (1998), pueden señalarse tres focos principales en surgimiento como movimiento organizado:

- a) Estados Unidos y el desarrollo de la tecnología operante alrededor de la figura de Skinner. Ya en 1953 Skinner, Solomon y Lindsley utilizaron por vez primera el término “terapia de conducta” para referirse a la aplicación de técnicas operantes a pacientes esquizofrénicos. Poco después surgen aplicaciones variadas al ámbito clínico, a la modificación de la conducta infantil.
- b) Sudáfrica y los tratamientos de trastornos fóbicos y de ansiedad con desensibilización sistemática, Wolpe en 1958 publica *Psychotherapy by Reciprocal*

Inhibition, en el que expone un método de tratamiento psicológico: la desensibilización sistemática de trastornos fóbicos, mostrando unos resultados espectaculares por su eficacia.

c) En Inglaterra, Eysenck llevo a cabo una extensa crítica de la psicoterapia tradicional e impulsó la implantación de técnicas derivadas de la psicología experimental del aprendizaje como alternativa. El hospital Maudsley se convirtió en un centro de investigación de técnicas basadas en el aprendizaje, trabajos como los de Jones (1956), Meyer (1957) o Yates (1959) son ejemplos de ello. La incorporación posterior al Maudsley de Raciman (procedente de Sudáfrica) permitió un intercambio de experiencias y procedimientos muy importante entre estos dos centros.

Mientras que antes las fuerzas dominantes habían sido el psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica, ahora la terapia conductual obtenía popularidad entre los psicólogos clínicos. Su atractivo se derivaba de su enfoque en la conducta observable (y medible), de la menor extensión o tratamiento que se requería y del énfasis en la valoración empírica del resultado del tratamiento.

En los años 70' la modificación de conducta se aplica con gran éxito a problemas que hasta ese momento eran refractarios al tratamiento. Las técnicas operantes se aplican con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes. La desensibilización sistemática se analiza en sus componentes, se contrasta su eficacia y se crean variaciones. Además en este periodo se desarrollan técnicas de entrenamiento en aserción y habilidades sociales, inundación y prevención de respuesta (Labrador, Cruzado y Muñoz; 1998).

De este modo, y para poder adentrar a lo cognitivo; Ávila, Jiménez y Rodríguez (1992), establecen que la evaluación conductual conlleva tres etapas en su desarrollo:

1. Un periodo de gestación. Posiblemente desde 1950 con el trabajo de Shapiro, las sugerencias que se derivan de los principales autores como Skinner y la aparición de la primera instrumentación conductual, hasta 1965.
2. Un periodo de constitución desde 1965 con la formulación de del modelo propuesto por Kanfer y Saslow, seguido de la primera y racional posición de Walter Mischel acerca del peso de la situación en conducta, hasta 1975.
3. Un periodo de consolidación y máximo desarrollo desde 1975 hasta la actualidad, con la aparición de numerosos manuales, revistas especializadas y nuevas perspectivas teórico-metodológicas para la evaluación tales como la conductual-cognitiva y el desarrollo de nuevas técnicas de análisis para el estudio experimental del comportamiento de sujetos o casos únicos.

Como resultado de la demanda en terapia clínica, el modelo conductual empezó a tomar partido en el área clínica enlazando a su vez con el modelo cognitivo, es decir, tomando en cuenta la influencia de los pensamientos y creencias del sujeto además de la influencia del ambiente sobre este.

Gracias a estas etapas de la evaluación conductual, se pueden destacar en la actualidad cuatro orientaciones principales por medio de las cuales se hace una evaluación psicológica; éstas son, en la opinión de Vallejo 1998:

1) Análisis conductual aplicado: se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante.

Las principales características de este enfoque son:

1. Se centra en las conductas observables directamente.
2. La conducta está controlada por el ambiente.

3. El objetivo de estudio es la conducta de organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.
4. Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.
5. El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio pero se pueden destacar dos áreas preferentes: a) el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y b) la modificación de ambientes sociales o institucionales.
6. El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social.

2) Orientación conductual mediacional: también se le denomina enfoque E-R neoconductista o mediacional, por el énfasis que pone en las variables intermedias o constructos hipotéticos en la explicación de la conducta.

Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

1. Se da una especial importancia a los constructos hipotéticos.
2. Los procesos cognitivos tales como imágenes, la mediación verbal u otros semejantes se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
3. El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad, obsesiones, agorafobias, trastornos sexuales y otros trastornos.
4. Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en el condicionamiento clásico.

3) Orientaciones basadas en el aprendizaje social: esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio.

Las características fundamentales de esta orientación son los siguientes:

1. La regulación de la conducta depende de tres sistemas: a) los estímulos externos que afectan a la conducta., b) las consecuencias de la conducta y c) los procesos cognitivos mediacionales.

2. La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de aquél y/o variables del sujeto.
3. El énfasis en el constructo de autoeficacia, que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar la conducta necesaria para obtener un resultado deseado.
4. El énfasis en la autoregulación y autocontrol.
5. En relación a las técnicas empleadas integra los métodos basados en el condicionamiento clásico y operante con el aprendizaje vicario y los métodos de autorregulación.

4) Orientación cognitivo-conductual: esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

1. El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
4. Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

Para finalizar este apartado se da un breve perfil sobre la evaluación conductual, que podría ser de la manera siguiente forma, según Ladouceur, Bouchard y Granger (1981):

1. La evaluación conductual se basa en los principios teóricos establecidos desde la Psicología experimental y más especialmente desde la Psicología del aprendizaje. Se considera que en la conducta anormal rigen los mismos principios que en la conducta normal.
2. La evaluación conductual se dirige a conductas–problema o variables–criterio (o a otras con ellas relacionadas) concretas. Esto implica que se requiere una

planificación de la evaluación específica y única para cada sujeto y que se hace énfasis en las conductas observables aunque también se tienen en cuenta los comportamientos encubiertos (cognitivos) como variables mediadoras (antecedentes o consecuentes) en las conductas problema. Y a las conductas no problema se les presta atención porque pueden ser relevantes a la hora del tratamiento.

3. El objetivo fundamental es el de identificar las condiciones que controlan las conductas-problema. nos interesan las variables internas y externas que, en la situación presente, mantienen a las conductas problema.
4. La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables y dialécticamente relacionadas.
5. En evaluación conductual se requiere la utilización de datos objetivos, fiables y válidos presentados en forma cuantitativa y recogidos de la situación natural en la que se encuentra el sujeto.

Esto implica:

- a. Los dispositivos de evaluación han de ser rigurosos y a través de los cuales se puedan obtener datos fiables y válidos.

La observación es el método válido por excelencia.

- b. Utilización de datos cuantitativos sobre la adecuación, frecuencia y amplitud de las conductas problema.
- c. Los datos deben ser tomados, en la medida de lo posible, en las situaciones naturales porque así presentan una mayor validez externa y en esa situación natural se pueden detectar las variables ambientales que mantienen esas conductas-problema.

6. La evaluación conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento del sujeto: verificar que la manipulación de las variables independientes ha producido cambios en las variables dependientes.

1.4. Supuestos de la evaluación conductual

A continuación se abordarán los supuestos de la evaluación conductual destacando, así, cómo se diferencia de la evaluación tradicional.

La evaluación conductual supone aquel modelo que pretende el análisis objetivo de los comportamientos relevantes de un sujeto y a los niveles de complejidad necesarios, así como la detección de las variables tanto orgánicas como ambientales, que provocan o mantienen tales comportamientos. Vemos, pues, que con esta definición estamos haciendo referencia a una evaluación conductual en la que se admite el estudio de las conductas cognitivas (Ladouceur, Bouchard y Granger, 1981).

De tal forma que nos referiremos a la evaluación conductual, basada en el enfoque cognitivo-conductual, el cual aborda la problemática del sujeto tomando en cuenta sus pensamientos y contexto.

Así una de las características de la evaluación conductual es lo analítico que figura como lo objetivo, mentalista y cuantitativo y por el lado funcional es dinámica, personal y exogenista (Vallejo, 1998).

Apoyando esta opinión Buela, Caballo y Sierra (1996) mencionan que la evaluación conductual es dinámica y determinista y supone que las conductas perturbadas tienen que entenderse de acuerdo a los principios del aprendizaje ya establecidos y que pueden estudiarse según los principios de la investigación experimental.

Al respecto Fernández- Ballesteros (1998) menciona que la determinación ambiental o endógena propugna que el comportamiento es dependiente de los estímulos externos (físicos y sociales) y por tanto situacional.

Ésta misma autora argumenta que al propugnar que la conducta humana puede estar en función de variables exógenas o externas, haciendo con ello referencia al ambiente o mundo físico y social. Ello es operativizado en contextos, situacionales o estímulos.

Así según Vallejo (1998) dentro de la evaluación conductual se produce una relación directa, dialéctica y continua.

Ya que el modelo conductual introduce variables ambientales en la explicación del comportamiento, pero mientras que en la alternativa racional la conducta (esencialmente motora) se supone una función de condiciones ambientales relacionadas con los factores personales (Fernández-Ballesteros, 1998).

De esta forma el modelo conductual en su versión radical, emprende el estudio científico del sujeto mediante un análisis molecular y mecanicista de la respuesta manifiesta y los estímulos que la mantienen pero el replanteamiento que se realiza desde el modelo conductual-cognitivo, incorpora las variables del organismo, aceptando variables encubiertas (cognitivas) en la explicación de la conducta y considerando el ambiente en su dimensión perceptiva (Fernández-Ballesteros, 1998).

Esto se dio gracias a que los psicólogos del aprendizaje sostuvieron que la conducta había de ser explicada en función de las situaciones y, por tanto, mantenían que la conducta dependía de está. Una serie de trabajos llevados a cabo, desde una y otra perspectiva, dieron, como resultado lo que desde un principio debería de ser evidente, a saber: que el comportamiento no puede ser explicado sin tener en cuenta tanto variables organísmicas como variables de la situación, así como, y aún en mayor medida, la interacción entre ambos grupos de variables. Es decir, la solución hoy del problema viene dada por la interaccionismo, que es la perspectiva adoptada desde la evaluación conductual. Esta alternativa, en palabras de Endler y Magnusson (1975) “postula la inconsistencia de la conducta a través de situaciones que difieran en carácter (en: Vallejo, 1998).

A sí se puede decir que desde la perspectiva conductual el objetivo prioritario está en seleccionar aquellas conductas problema o variables criterio, que el sujeto considera inadecuadas y detectar las variables ambientales y las internas que las mantienen. Es decir, lo que prioritariamente interesa es la especificación, operativización, jerarquización y medición objetiva de la o las conductas problema, así como el análisis funcional de las mismas, es decir, establecer que estímulos ambientales están funcionalmente relacionados con ellas. Estas conductas problema a las que nos referimos han de ser especificadas previamente por el evaluador, ya que en la mayor parte de los casos el cliente no tiene claro aquello por lo que consulta o bien lo expresa en forma muy global. Una tarea sustancial en evaluación conductual es la de precisar el problema del que se trata. Haynes (1978) señala cinco razones fundamentales para efectuar esta tarea de especificación de variables: 1.- es necesario en base a los principios teóricos de los que se parte; 2.- incrementa la fiabilidad y la validez de los datos utilizados; 3.- reduce la sensibilidad derivada del observador o de los datos procedentes de los auto-informes del sujeto; 4.- puede incrementar la sensibilidad del proceso evaluativo; 5.- es esencial para la formulación de programas de cambio conductual. (en: Ladouceur, Bouchard y Granger, 1981).

De este modo al evaluador conductual no le interesan todas las conductas del sujeto, sino aquellas que se dan por exceso o defecto y son inapropiadas. Pero aunque la evaluación se dirija prioritariamente a este tipo de conductas, también interesan al evaluador conductual aquellos comportamientos positivos, habilidades adecuadas, competencias en las que pueda ser apoyado el tratamiento o que, al ser incompatibles con las conductas problema, pueda ser necesario incrementar (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

Por ejemplo, si un niño presenta en clase conductas inadecuadas no solo habrá que operativizar, jerarquizar y medir estas, sino que también habrá que hacer estas operaciones con otros comportamientos adecuados, ya que muy probablemente el tratamiento se dirigirá a incrementar estas conductas adecuadas, por lo que ese incremento producirá un decremento de las inadecuadas.

Así el modelo conductual supone una evaluación dirigida al problema, una evaluación atomizada. Evidentemente, el psicólogo conductual no sólo está interesado por describir la conducta del cliente, sino también, y especialmente, poder explicarla en función a sus condicionantes actuales y, en base a eso modificarla. Sin duda, el objetivo de la primera fase de la evaluación va a estar en la formulación de hipótesis que serán empíricamente verificables a través del tratamiento. Como señalan Bijou y Peterson (1971), la medida en que las conductas problema no sigan produciéndose después del tratamiento es la medida en que la evaluación ha sido correcta.

De ahí que el evaluador conductual hará especial énfasis en el presente y en aquellas variables ambientales que son propiamente situacionales, y ello porque éstas generalmente controlan o mantienen la o las conductas por las que el cliente consulta y que, él mismo considera inadecuadas. El pasado, con ser importante en la formación de hábitos, competencias, etc. No puede ser reconstruido con la objetividad necesaria y, además, el pasado nada puede modificarse. Éstas serán las razones más importantes que avalen la relativa importancia que el pasado tiene para el psicólogo conductual. Lo decisivo es, pues, el presente, ya que en él es donde va a poder ser manipuladas ciertas condiciones ambientales o internas, con objetivos preestablecidos de tratamiento.

Manifestando la importancia de la modificación de conducta y en su énfasis por las conductas manifiestas y las encubiertas, Vallejo (1998) menciona una serie de críticas que desde la evaluación conductual se le hacen a los rasgos, los cuales son tan relevantes dentro de la evaluación tradicional, enmarcando de esta forma una diferencia sustancial entre estos dos tipos de evaluación, las críticas son las siguientes:

- 1.- En líneas generales los rasgos suponen entidades pseudo-explicativas; es decir, se dan la argumentación circular de explicar la conducta por el rasgo y éste por la conducta. Un rasgo no supone más que consistencias estilísticas que presentan las personas y que son útiles a la hora de describir y predecir el comportamiento.

2.-la fundamental base teórica del rasgo esta en la consideración de que la conducta es consistente a lo largo del tiempo y a través de las situaciones. Como se ha demostrado sobradamente, el comportamiento mantiene un marcado grado de especificidad situacional y la consistencia de determinadas conductas, agrupadas en factores, rasgos o dimensiones, depende tanto del individuo detentado del constructor como propio rasgo que estamos analizando. Tales constancias no serían englobables dentro de categorías, agrupaciones o dimensiones generales, sino serían el resultado de clases de habilidades o competencias específicas en cada sujeto.

3.- Las relaciones encontradas entre medidas independientes de una misma dimensión son pequeñas y cuando se encuentran covariaciones altas, éstas parecen más bien deberse a la semejanza del método, por lo que no ha llegado a probarse la validez del constructo de los rasgos, entre otras cuestiones, porque no ha podido separarse la varianza debido a la personalidad de la varianza del método.

4.- probablemente, la fisura más importante, para nosotros, de los rasgos esté en su falta de utilidad. Un importante objetivo en la investigación de los rasgos, es el de determinar los atributos fundamentales de la personalidad y no llegar a aislar factores determinantes de ciertas conductas socialmente inadecuadas.

Según Ávila el modelo cognitivo conductual contrasta específicamente con la teoría del rasgo en su mayor énfasis en la especificidad situacional de la conducta, la discriminatividad y flexibilidad de la conducta humana y la organización activa del estímulo dentro de un mundo que tiene significados específicos para el individuo.

Por su lado Kanfer argumenta que el comportamiento de los organismos vivos es continuo, para el análisis y la abstracción, el comportamiento total tiene que separarse en segmentos que se puedan estudiar sin perder los elementos clave del comportamiento de las condiciones ambientales.

Desde la evaluación conductual, la conducta esta en función del organismo en interacción con el ambiente. El estudio del organismo para el evaluador conductual no tiene el mismo significado que para el evaluador tradicional, puesto que no se admite la existencia, en él, de atributos intrapsíquicos. Así mismo, el énfasis se establece en variables ambientales actuales o situacionales que mantienen las conductas inadecuadas. La hipótesis de la estabilidad a través de las situaciones dependerá del grado de similaridad entre las situaciones. La aparente estabilidad en el comportamiento de las personas puede ser explicada por la consistencia en la elección del individuo de las situaciones. La especificidad situacional puede estar en función del aprendizaje discriminativo, basado en la historia de refuerzos pasada del individuo (Ladouceur, Bouchard y Granger, 1981).

De esta forma se van perfilando las diferencias entre la evaluación conductual y la tradicional, recordemos que para la evaluación tradicional se le da gran importancia a la personalidad, marcándola como un determinante de la conducta.

Al respecto Weiner (1992) menciona que según la orientación conductual, la concepción de la personalidad en función de las habilidades implica que los requisitos de tareas amplia y cuidadosamente muestreada se refleja en la medición de la personalidad. Además argumenta que para el enfoque conductual la personalidad se puede analizar como una variable interviniente que se define de acuerdo con las probabilidades de que alguien manifieste ciertas tendencias de conducta en las diversas situaciones que constituyen su vida diaria. Esto significa que personalidad es en cierta manera un término abreviado que resume como los individuos interactúan con su medio social.

Mishel 1968 subraya que lo que interesa a la evaluación conductual es lo que una persona hace en determinadas casos más que inferir que atributos tiene (En: Weiner, 1992).

Para ofrecer una concepción de la personalidad en términos de habilidades o aptitudes, es obvio que una de las tareas más complejas es describir como el individuo se conduce en situaciones de la vida. En lugar de generalizar con respecto a éstas, los evaluadores de la conducta buscan aptitudes interpersonales en cierta clase de situaciones, como las que

requieren una aptitud auto afirmativa, interacción social o comunicación con el cónyuge (Weiner, 1992).

Desde la evaluación conductual se trata de evaluar directamente las respuestas de los sujetos, bien observando sus conductas motoras o fisiológicas, bien requiriendo el auto-informe del sujeto sobre sus conductas específicas y concretas o bien cuestionando sobre conductas motoras a las personas allegadas al sujeto. Es decir, realizamos una evaluación directa. Así, a través del auto-informe le preguntaremos, concretamente, si tiene miedo al ruido de las aspiradoras o si tiene taquicardia cuando ve un desnudo, etc., y de ello no inferimos ningún atributo (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

Desde la evaluación conductual, las respuestas de un sujeto son consideradas como muestra de una determinada clase de conducta que se produce en función de unos estímulos ambientales que provocan y mantienen tales respuestas. Esas mismas clases de respuestas ocurrirían cuando se den los mismos condicionantes ambientales, o el sujeto así lo percibe, y son consideradas como capacidades de respuestas que se encuentren en el repertorio de conducta de un sujeto.

En evaluación conductual la respuesta de un sujeto depende tanto de las condiciones biológicas de ese organismo como de las variables ambientales presentes en ese momento. Las respuestas de los sujetos son tan solo una muestra de lo que ocurre en estas mismas circunstancias, en momentos diferentes. Igualmente, las respuestas dadas a un test son muestras de conducta de lo que hace el sujeto en las mismas circunstancias que las que evoca el test, pero en la vida real. Es decir, se asume que existe cierta probabilidad de que la respuesta que el sujeto da al test ocurra también en la vida real cuando el sujeto se encuentre con semejantes estímulos ambientales y semejantes condiciones biológicas.

De este modo los procedimientos conductistas, según Golfried y Davison, (1981) parten del supuesto de que la respuesta es muestra, es decir, la conducta manifiesta en el test constituye el subconjunto de algún conjunto de respuestas más amplio.

Por su parte Silva (1989) menciona que la evaluación conductual tiene tres características fundamentales:

- 1.-El proceso de evaluación y su correspondiente instrumentación se diseñan o eligen para cada caso. Es una evaluación hecha a la medida del cliente.
- 2.-Las variables que se estudian surgen de la persona misma y de su entorno, no le son impuestas desde fuera. Y la percepción del propio sujeto evaluado se toma muy en consideración.
- 3.-Se trata de describir y explorar el patrón de variables típico y único de cada persona.

Y todo esto se da, según Buela, Caballo y Sierra (1996) gracias a la aceptación del enfoque ideográfico por parte de la evaluación conductual.

Estos mismos autores mencionan que en un diagnóstico psiquiátrico las quejas pueden igualarse o parecer las mismas y por ende van dentro de una misma categoría, mostrando generalidad en las características de determinado comportamiento. Pero que bajo el enfoque ideográfico se puede suprimir discrepancias en términos de sus historias y de los mecanismos causantes de trastornos.

Por lo cual en evaluación conductual la evaluación es programada para cada caso, ya que las particularidades de cada caso harán necesaria la utilización de específicos dispositivos de medida y evaluación. Como señala sorprendido Wiggins (1973), la evaluación conductual es decididamente clínica en su naturaleza, es decir, busca los procedimientos idóneos para cada caso. La sorpresa de Wiggins no se debe a que por años los psicólogos conductistas han criticado a los evaluadores tradicionales de falta de rigor y objetividad en sus inicios clínicos y ahora ellos utilizan planteamientos que podrían ser encuadrados dentro de esa misma rúbrica. No obstante, este punto relativamente criticado por Wiggins requiere una explicación. La elección de la metodología que se realiza en evaluación conductual, específica para cada caso no tiene en mismo carácter que la que con este calificativo se realiza desde la perspectiva tradicional y que desencadenó la polémica de lo cualitativo frente a lo cuantitativo. El hecho de plantear una evaluación específica para cada

sujeto o, incluso, utilizar dispositivos que cuentan con múltiples fuentes de error, no implica que los datos así recogidos no sean cuantificados estrictamente y su conjunto válido experimentalmente a través del tratamiento al que va a someterse el sujeto. Por otra parte, la elección clínica de los instrumentos y la utilización de algunos instrumentos clínicos, se da junto con una mayoría de procedimientos rigurosamente establecidos. Es decir, la evaluación conductual supone un proceso único para cada sujeto en el que se utiliza una combinación de datos duros (cuantitativos) y blandos (cualitativos). Además hay que tener en cuenta que la evaluación conductual es un enfoque relativamente reciente desde el que se han depurado pocos dispositivos generales de medida (Labrado, Cruzado y Muñoz, 1998).

En la opinión de Fernández- Ballesteros (1998) la evaluación conductual utiliza diversas técnicas de indagación que van desde los auto-informes a tareas tipificadas ante las que se registran en el sujeto los aciertos, errores, tiempos de latencia o incluso, las respuestas fisiológicas concurrentes a la ejecución de dichas tareas.

Para Vallejo 1998, dado que en la evaluación conductual se hace un especial énfasis en el comportamiento manifiesto y en las variables ambientales que mantienen las conductas problemáticas, el método fundamental es, sin género de dudas, el de la observación.

Argumentando más al respecto desde las perspectivas conductuales se trata de realizar un análisis funcional entre variables ambientales y la conducta mediante técnicas de observación, de auto-informe o instrumentos psicofisiológicos, así como un análisis de las variables que desde la persona pueden estar contribuyendo a la conducta (Fernández-Ballesteros, 1998).

Vallejo 1998, opina que los auto-informes, las entrevistas, las escalas de apreciación y las observaciones, todas ellas se emplean en el enfoque tradicional y el conductual, lo privativo de cada uno de ellos es el cómo es utilizado y cuál es su contenido, es decir, cómo son formuladas las cuestiones en los auto-informes y entrevistas o qué se observa a través de

los códigos de observación. En otras palabras, lo que difiere es la manera de seleccionar los ítems que componen los test.

De este modo la evaluación va a tener gran inferencia para el tratamiento, al respecto Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998 opinan que las relaciones entre evaluación y tratamiento en el enfoque conductual son directas, dialécticas y continuas. Es decir, una característica fundamental de nuestro enfoque es la de no evaluar sin tratar y no tratar sin evaluar. En otras palabras, ambas formas de intervención psicológica están interrelacionadas. Se evalúa no solo para predecir y explicar sino para modificar aquellas conductas inadecuadas. A través del proceso evaluativo, ya se ha dicho repetidamente, se pretende no solo seleccionar las conductas problema, sino también determinar cuales son aquellas variables que debemos manipular en orden a conseguir una modificación positiva. Por otra parte, la evaluación se realiza dialécticamente con el tratamiento, es decir, una vez efectuada la primera parte del proceso, evaluación y tratamiento se realizan simultáneamente y continuamente, autocorrigiéndose al verificar los efectos que sobre la conducta tienen las variables del tratamiento. Así también, se seguirá evaluando en la fase de seguimiento para poder determinar en que medida lo modificado se ha consolidado y hasta que punto lo entrenado en laboratorio ha sido generalizado a la vida real.

Por otro lado y poniendo atención a lo antes mencionado, se puede decir que la evaluación conductual lleva consigo mayores costes que la evaluación tradicional; porque en evaluación conductual se requiere planear efectivamente la evaluación para cada sujeto a observar con todo rigor, registrar las respuestas psicofisiológicas de los sujetos y realizar el análisis funcional, demostrando experimentalmente que éste ha sido adecuado. Por otra parte es también costoso para el cliente ya que éste ha de molestarse en llenar dentro de periodos bastante largos, las hojas de auto-registro, anotando el momento de producirse determinadas conductas antecedentes o consecuentes. Asimismo, también puede suponer un engorro para las personas allegadas al sujeto que han de cumplir determinadas tareas evaluativas. Estos aspectos aunque entrañan costes adicionales, implican a nuestro juicio, ventajas por cuanto el paciente participa en las tareas del psicólogo (Vallejo, 1998).

Por lo antes mencionado se amerita aseverar que “no cabe duda sobre la mayor efectividad de las terapias conductuales. Comparativamente hablando, la modificación de conducta obtiene significativamente muchos mejores porcentajes de éxito que las terapias tradicionales; si suponemos que ambas han contado con un proceso de evaluación, podemos efectuar un balance positivo de la evaluación conductual frente a la tradicional.

Por el momento queda mencionar una serie de características de la teoría cognitivo conductual con respecto a la evaluación, que aclararán los supuestos en los que se basa y por ende justifica el tipo de evaluación que utiliza. De este modo se mencionará a Ávila quien nos aporta 6 características principales de la teoría cognitivo-conductual para psicología clínica:

1) La conducta normal y anormal es función del aprendizaje en el medio social, mediado por las peculiaridades procedentes del procesamiento de la información. Se rompe así con la distinción cualitativa entre comportamiento normal y anormal.

2) Se considera al medio como causa de la conducta otorgando escasa relevancia a los factores genéticos y constitucionales. Se decanta prioritariamente por las influencias ambientales y minimiza las organísmicas.

3) el objeto de estudio es la conducta normal o anormal susceptible de evaluación, aunque no necesariamente observable por métodos directos. Esta consideración de la conducta encubierta rompe con la concepción tradicional vigente desde la posición skineriana. La conducta es entendida en un triple modalidad de respuesta: La cognitiva, motora y fisiológica.

4) En sus desarrollos metodológicos se utilizan:

- a) la analogía del experimento, es decir, se recoge una línea de base de las variables independientes, se introduce en una de ellas cambios controlados con el propósito de modificar la conducta y se miden los efectos sobre las variables dependientes.

b) La analogía cibernética, a través de los modelos de procesamiento de información y teoría de la decisión.

5) los métodos y técnicas que se propone han sido derivados empíricamente y se ha comprobado su eficacia mediante procedimientos experimentales o casi-experimentales.

6) La evaluación esta íntimamente unida al tratamiento del que es indisoluble. El tratamiento se centra en los excesos o déficit de conducta sin entrar a considerar causas subyacentes. No existe asimismo un método estándar para el tratamiento de los problemas, sino que adapta sus técnicas y recursos al problema que presenta el sujeto, estableciendo una descripción casi objetiva del problema, unas metas específicas y un plan de intervención, segundo posteriormente de la verificación de los efectos.

Por su parte Carrobes (1982, en: Ávila) complementa, mencionando 3 características de esta aproximación cognitivo-conductual:

- 1.- la conducta (adaptativa, desadaptativa, anormal) puede ser causada y desarrollarse a través de los procesos cognitivos.
- 2.-Estos procesos cognitivos son asequibles ala investigación experimental.
- 3.- El cambio en la conducta alterada se trata de lograr, centrándose en los procesos cognitivos inadecuados, en la medida en que aquella dependa funcionalmente de estos.

De ahí que la evaluación tenga 6 características bien definidas por Ávila:

A.-la evaluación conductual se basa en los principios teóricos establecidos desde la psicología experimental y más especialmente desde la psicología del aprendizaje.

B.-la evaluación conductual se dirige a concretas conductas problema o variables criterio.

C.-El objetivo fundamental de la evaluación conductual es el de identificar las condiciones que controlan las conductas problema.

D.-La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables y dialécticamente relacionadas.

E.-En la evaluación conductual se requiere la utilización de datos objetivos fiables y válidos presentados en formas cuantitativas y recogidas, preferentemente, de la situación natural en la que se encuentra el sujeto.

F.-La evaluación conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento del sujeto.

Todo este proceso de evaluación va a llevar hacia una intervención la cual se caracteriza según Labrador (1998) por:

1.- El cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas, es decir, la identificación y alteración sistemática de aspectos cognitivos desadaptativos, producirá los cambios conductuales deseados.

2.- La aceptación del determinismo reciproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.

3.- La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se ayuda a los clientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias., para hacerles concientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.

4.- Las técnicas aplicadas en este enfoque son las de reestructuración cognitiva, solución de problemas, etc. En general, en la modificación cognitivo-conductual se utilizan manipulaciones ambientales como en otros enfoques, pero aquí tales manipulaciones representan ensayos de feedback informativos o experimentos que aportan una oportunidad para que un paciente cuestione, revalorice y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas, al mismo tiempo que práctica habilidades entrenadas.

5.- La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

He aquí una serie de características que diferencian sustancialmente a la evaluación tradicional de la evaluación conductual, las cuales nos abren el panorama hacia un mayor entendimiento de ambas, para así enfocarnos en el actuar de cada una en un aspecto particular.

Por tal circunstancia, en el siguiente capítulo compararemos cómo se evalúa la ansiedad desde la evaluación tradicional y desde la evaluación conductual, rescatando la importancia de cada una de ellas.

CAPÍTULO 2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA ANSIEDAD Y LOS ATAQUES DE PÁNICO.

2.1 Definición de ansiedad.

Al empezar a definir a la ansiedad es prudente dejar en claro lo que Saíz, Ibáñez y Montes, (2002) mencionan, “la ansiedad es un fenómeno psíquico universal que todos experimentan en mayor o menor grado en la vida cotidiana”.

De tal forma se irá aclarando que la ansiedad al ser una emoción contiene una serie de características. Abordaremos, por tanto, su carácter de adaptación, su relación con la activación psicofisiológica y sus características clínicas.

Así se puede decir que la ansiedad es adaptativa porque ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y exigencias de la vida (Rojas, 1998).

Cuando existe una situación en el exterior el cuerpo humano responde de dos maneras para adaptarse a ella, puede activarse o inhibirse, ya sea el requerimiento de la situación.

Bajo este carácter de adaptabilidad el ser humano ha utilizado a la ansiedad para sobrevivir y enfrentar los problemas de la vida, tanto físicos como psicológicos; de ahí que se afirme desde un principio que la ansiedad es una característica del ser humano y su función fundamental es la adaptativa.

Ante situaciones que percibimos como adversas o peligrosas se produce una situación neurofisiológica de activación de los mecanismos de control cerebrales y un conjunto de cambios periféricos fisiológicos mediados por el sistema nervioso vegetativo y el sistema endocrino (Saíz, Ibáñez, Montes, 2002).

Al respecto se dice que la activación ocurre ante situaciones de estrés agudo siendo una respuesta dirigida a salvaguardar la vida de forma inmediata. De esta forma todas las manifestaciones clínicas (entre ellas la ansiedad) son fruto de los fenómenos de activación del sistema nervioso ante una situación de alerta: el incremento de la presión arterial, de la frecuencia del pulso cardíaco y respiratorio, de la coagulabilidad de la sangre etc, así como la inhibición de otras funciones orgánicas no esenciales, esta dirigida a reservar la energía para un esfuerzo extraordinario que permita salvar la vida y preparar al organismo para sobrevivir a una situación de riesgo físico en la que pueda resultar herido o requerir un elevado aporte sanguíneo a los músculos de los que depende correr para escapar, agredir para matar o defenderse para sobrevivir (Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

Esta inhibición también es mencionada por Gray (1993) de la siguiente forma: la función del sistema de inhibición conductual es suprimir las conductas que amenazan producir consecuencias desagradables y sólo se pone en marcha cuando algún otro sistema esta generando una conducta que necesita ser suprimida.

Los estímulos, entonces, inducen un condicionamiento amígdalar que guardaría una memoria emocional, más o menos inconsciente, así cada que se presente un estímulo similar la amígdalar se activará para actuar más rápidamente de lo que el sujeto lo hubiera podido hacer de haberlo razonado primero (Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

Esta memoria emocional nos ayudará a responder de manera más efectiva ante las circunstancias adversas y espontáneas, pero también creara un tipo de conducta patológica de la cual hablaremos más adelante.

Si una situación de activación persistiera o se repitiera con frecuencia como consecuencia de acontecimientos vitales negativos o un estrés persistente, la respuesta neurofisiológica acabaría agotando las posibilidades de adaptación provocando una cascada de trastornos de ansiedad (Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

De este modo se puede decir que la ansiedad normal tiene una función adaptativa, mejora el rendimiento, es leve, menos corporal, es una emoción reactiva y no afecta la libertad de respuesta. Por el contrario la ansiedad patológica difiere de la adaptación, deteriora el rendimiento es más profunda y persistente, más corporal y reduce la libertad (Saíz, Ibáñez, Montes, 2002).

He aquí cuando surge el problema que es cuando la respuesta de ansiedad ya no nos esta beneficiando en ningún sentido.

Ya que la ansiedad se convierte en patológica cuando deja de ser adaptativa, cuando el peligro al que pretende responder no es real o cuando su nivel de activación y duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva (Saíz, Ibáñez, Montes, 2002).

Beck y Emery mencionan que la ansiedad patológica deriva de una percepción errónea de peligro. La inexactitud se genera por medio de una atención selectiva a los detalles negativos del entorno, de las distorsiones en el procesamiento de la información y a la desmesurada percepción negativa de la persona de sus capacidades de afrontamiento (En: Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

La ansiedad generalizada es una preocupación excesiva por diferentes sucesos o actividades durante el día por lo menos en un periodo de seis meses, además la ansiedad debe ser percibida como incontrolable y no debe limitarse a los síntomas de un trastorno (Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

En este punto es prioritario aclarar que ansiedad generalizada, ansiedad patológica y ansiedad serán utilizadas como sinónimos ya que estos son los nombres que le han dado a la misma emoción los diferentes autores.

Según Rojas (1998) la ansiedad aflora sobre todo en sujetos con cierta capacidad psicológica de introspección, de auto-análisis, de capacidad para meterse en los laberintos de la afectividad y rastrear sus sentimientos y emociones.

Pero, para definirla habría que decir que la ansiedad es una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, comportamentales y cognitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza a su integridad física o psicológica (Saíz, Ibáñez, Montes, 2002).

Así la ansiedad es generalizada y persistente no imitada, ni asociada a ninguna circunstancia ambiental, tensión motora, hiperactividad, autónoma y alerta cognoscitiva. Además la ansiedad es excesiva e interfiere con frecuencia en forma de temblores, inquietud y dolores de cabeza, la hiperactividad autónoma suele manifestarse por respiración entrecortada, sudoración excesiva, palpitaciones y diferentes síntomas gastrointestinales. La alerta cognitiva es patente por la irritabilidad y la facilidad con la que se sobresaltan los paciente de los pacientes (Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

Rojas, (1998) define a la ansiedad, de manera más completa, como una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, sin tener una referencia explícita, y continua diciendo que la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, es una experiencia interior, a la que se añade un estado de activación neurofisiológica que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia.

De este modo el mismo autor sintetiza su definición diciendo que la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, física, de conducta, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta y de activación generalizada (Rojas, 1998). Además aclara que:

- a. Los síntomas cognitivos son errores en el procesamiento de la información que se producen por fallos en la elaboración de los hechos.
- b. Los síntomas asertivos son un descenso en las habilidades sociales que se refieren al comportamiento social o competencia, es decir, una persona ansiosa es incompetente socialmente mientras esta ansiosa.

Así no cualquier estímulo provoca ansiedad si no que también va a ser necesario lo que Rojas (1998) menciona que se necesitan cierta intensidad y duración para desencadenar la respuesta de ansiedad.

Pero hay que destacar que los estímulos que causan ansiedad son percibidos por el individuo de tal forma que si alguien se pone ansioso al hablar frente al público, otra persona puede no ponerse ansiosa ante este estímulo. Es aquí donde la percepción errónea juega un papel predominante, al grado de decir que la ansiedad patológica es causada por ésta.

Por esto se dice que existen desencadenamientos internos y desencadenamientos externos Además de que el aumento o disminución de la ansiedad tiene mucho que ver con la elaboración individual de la información que le llega al sujeto. Así cuando existe la ansiedad se da una activación particular, y específica que produce un estado de atención selectiva pudiéndose incrementar mediante acciones cognitivas (Rojas, 1998).

Muy similar a la ansiedad existen también los ataques de pánico o crisis de ansiedad, también son una respuesta adaptativa del organismo que despierta una activación y tal vez la mayor diferencia es que se presentan muy intensamente en periodos no prolongados, comparados con la ansiedad que se presenta durante largos periodos de tiempo.

2.2 Definición de los ataques de pánico.

Según Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, (2002) el trastorno de ansiedad generalizada en 30-60% de los pacientes representa una fase del trastorno de pánico. De ahí que resulte relevante manejarlos a la par.

La palabra pánico deriva del temor y terror contagioso causado por el Dios Pan de la Mitología Griega hijo de Zeus (Meerlo, 1956).

Así un ataque de pánico se asoma de pronto y es de no muy prolongada duración (Rojas, 1998).

En los ataques de pánico el sujeto tiene un temor o malestar extremadamente intenso, ciertos síntomas y reacciones comportamentales, durante un periodo determinado de tiempo (Gradillas, 1998)

De esta forma cuando hay pánico el individuo es importantemente gobernado por sus emociones, la motivación intelectual se pierde.

Para Saíz, Ibáñez, Montes (2002), las crisis de ansiedad aparecen de forma súbita e inesperada, sin motivo aparente ni interno ni externo que justifique su eclosión y que tienden a ser recurrentes por lo que provocan gran malestar en el sujeto en el momento de padecerlas y en general un temor persistente a que vuelva a repetirse.

Las primeras manifestaciones tienen mayoritariamente una apariencia somática y por su repentina presentación se acompañan, en general, de miedo a padecer una enfermedad grave (Saíz, Ibáñez, Montes, 2002).

Los mismos autores mencionan que existen varios tipos de crisis de ansiedad:

- inesperadas o espontáneas- aparecen sin motivo aparente,
- con predisposición situacional- aparición probable ante ciertas situaciones pero no siempre,
- con determinación situacional- ante situaciones o estímulos específicos,
- nocturna- aparecen en el contexto del sueño,
- con síntomas limitados- tiene menos de cuatro síntomas pero a veces tiene más.

Estando de acuerdo con estos tipos de crisis Gradillas (1998) aumenta el tipo de crisis que se da por ingestión de sustancias o por enfermedad (el cual no concierne al presente trabajo)

El primer lugar en donde se presento una crisis causa miedo de que se vuelva presentar ahí. Así se provocan conductas de evitación ante situaciones que el sujeto cree ponerse mal y no poder recibir ayuda. El individuo disminuye la actividad social, laboral y suele alterarse la dinámica familiar. El enfermo intenta reducir su inseguridad mediante la presencia o compañía de una persona que le ofrezca confianza (Saíz, Ibáñez, Montes, 2002).

Para diagnosticar ataques de pánico el sujeto debe presentar (Rojas, 1998):

-tres ataques en tres semanas, sin que exista situación amenazante para la vida o estímulos fóbicos

-ataques espaciados por aprensión y miedo, con síntomas tales como: dificultad respiratoria (disnea); palpitaciones, dolor o malestar precordial, parada respiratoria o sensación de ahogo, mareo, vértigo o sensación de inestabilidad, sentimiento de irrealidad, hormigueo en manos y pies (parestesias), oleadas de calor y frío, debilidad, sudoración, temblor y estremecimiento, temor a morir a perder el control o volverse loco.

-no se debe a trastornos físicos u otros trastornos mentales.

-no esta asociado con la agorafobia.

Lo antes menciona hace referencia a un enfoque específico que es el cognitivo conductual, el objetivo es que de ahí se derive la evaluación conductual ya que se puede ver las implicaciones de la definición en la evaluación y a su vez las implicaciones de la evaluación en el tratamiento, lo cual es el punto más delicado. Pero recordemos que estamos, también, comparándolo con el enfoque tradicional, de ahí que también se hace necesario dar la definición tradicional de la ansiedad tomando en cuenta que la ansiedad cuenta de raíz con sus características fisiológicas ya mencionadas.

De esta forma tradicionalmente la ansiedad es vista como un rasgo de conducta catastrófica que se manifiesta por un serio peligro para la existencia, el hombre se nota paralizado (Ravagnan, 1981).

También desde esta perspectiva se cree que la ansiedad es un fenómeno cerebral, un trastorno orgánico (Diel, 1966). Y que es una tendencia a conceptualizar las cosas con pesimismo (Heiliger, 1977).

El rechazo de las necesidades y el miedo pueden ser efectivo (contra la ansiedad) por un tiempo, sin embargo, este rechazo resulta insuficiente cuando aparecen reforzadas presiones externas que requieren del empleo de mayor energía para enfrentarse unas con otras. Y también puede ocurrir que las mismas necesidades se tornen más intensas, por lo tanto la defensa que se erigió ya no es suficiente, la necesidad presiona hacia el consciente y de nuevo surge el miedo (Heiliger, 1977).

Las causas son múltiples ya que puede ser cualquier situación que produce una tensión considerable durante un periodo prolongado (May, Shachter, 1968).

Así la ansiedad coincide con situaciones emocionales que afloran ante la inminencia de un peligro que acontece o habrá de acontecer, expresa expectativa hacia el futuro, desierta el sentimiento de ser inerte para luchar, es por tanto una enfermedad de adaptación (Ravagnan, 1981).

Los ataques de ansiedad son causados por depresiones acompañadas de tensión, por reacciones psicopatológicas y por estas últimas asociadas a lesiones corticales. De esta forma la ansiedad es una aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un yo (May, Shachter, 1968).

Según Stanger (1976) la ansiedad interviene cuando existen conflictos de valencias negativas (posibilidad de displacer)

Así la ansiedad normal es proporcional a la amenaza y no implica represión y que puede ser enfrentarse constructivamente. La ansiedad neurótica es una reacción desproporcionada a la magnitud de la amenaza, que no implica represión u otras formas de conflicto intrapsíquico y es manejada mediante diversos tipos de la actividad y de conciencia. La

ansiedad neurótica es un síntoma del hecho de que no se hizo frente a una crisis previa y eliminar el síntoma sin ayudar a la persona a comprender su conflicto subyacente es robarle su mejor índice directivo y su motivación para la autocomprensión y el crecimiento (May, Shachter, 1968).

Loras (En: Ravagnan, 1981) esquematiza las defensas y compromisos de la personalidad ansiosa en cuatro procesos diferentes:

-compromiso racional- es cuando el individuo se pone en guardia para sortear todo aquello que atente contra su persona.

-refugio somático- es la afloración de una enfermedad por la incapacidad de enfrentarse contra lo que atenta.

-compromiso con rasgos sociales- el individuo hace cosas para descargar su energía y no pensar en los ansiógenos

Considerar la definición tradicional, no hará entender qué evalúan y porqué lo hacen de esa forma, ya mencionamos que la búsqueda de los rasgos es prioritaria para el entendimiento de la personalidad, en el siguiente apartado se abordara por completo las formas de evaluación que tiene dicho enfoque.

2.3 Evaluación tradicional.

Los enfoques tradicionales de la evaluación de la personalidad se centraron en la comprensión de las características o rasgos personales del individuo. Este enfoque se refleja en los test de Rorschach, el de percepción temática, el del dibujo de la figura humana y el de Minnesota, entre otros (Goldfried y Davison, 1981)

Así, se estaba logrando cierto progreso en el área de las pruebas de personalidad Carl Jung comenzó a utilizar métodos de asociación de palabras alrededor de 1905 para descubrir los complejos inconscientes. Las pruebas de asociación libre marcaron un avance significativo en la evaluación diagnóstica (Phares, 1999)

Para Kendall y Norton-Ford (1988), cuando Estados Unidos entró a la Primera Guerra Mundial en 1917, surgió la necesidad de detectar y clasificar los grupos de reclutas militares a los que se obligaba a entrar en servicio activo. El Departamento de Medicina del ejército nombró a un comité de cinco miembros de la American Psychological Association (APA). Su presidente fue Robert Yerkes. El comité estaba encargado de la tarea de crear un sistema de clasificación de soldados de acuerdo a sus niveles de capacidad y diseñó la prueba Army Alfa en 1917.

Entre las dos guerras mundiales hubo un proceso sustancial en las pruebas psicológicas diagnósticas. Pintner y Paterson introdujeron su escala de inteligencia no verbal. En 1930 apareció la Escala Arthur de Puntos y en 1934 le siguió la prueba Cornell-Coxe. En 1926, se publicó la técnica del Dibujo de la Figura Humana de Goodenough para la medición de la inteligencia. Los psicólogos ahora tenían tanto pruebas individuales y grupales como verbales y no verbales y las personas estaban comenzando a emplear popularmente el término de cocientes de inteligencia (Phares, 1999)

Goldfried y Davison (1981) comentan que las pruebas de aptitud, ejemplificadas por Seashore de capacidad musical, ya estaban presentes. Las pruebas de interés también hicieron su aparición por ese entonces. En 1927, entró en escena el Formulario Strong de Intereses Vocacionales al que le siguió en la Escala de Preferencias de Kuder.

El continuo debate acerca importantes conceptos. En 1928, se publicaron las pruebas de Gesell del desarrollo y en 1936 apareció la Escala Vineland de Madurez Social, la cuál era una escala que enfocaba la conducta no estrictamente en términos de la inteligencia, sino en términos de madurez o competencia social de un individuo (Phares, 1999)

Uno de los principales avances en el movimiento de pruebas de inteligencia ocurrió en 1939. Fue entonces cuando David Wechsler publicó la prueba de Wechsler-Bellevue. Kendall y Norton-Ford (1988), opinan que hasta ese momento no existía una medida individual satisfactoria de inteligencia adulta.

Pero las pruebas de inteligencia, intereses y capacidades no fueron los únicos desarrollos en pruebas en aquellos días. Según Golfried y Davison (1981) el campo de pruebas de personalidad estaba logrando también grandes avances. A la Hoja de Datos Personales de Woodworth le siguieron en 1921, la Prueba X-0 de Pressey para emociones y la Prueba Downey de Voluntad-Temperamento. El estudio Allport- Vernon de Valores apareció en 1931.

Pero el gran logro fueron las pruebas proyectivas. Se había logrado un progreso inicial a través de la investigación con asociación de las obras de Galton, Jung y Kent y Rosanoff. Sin embargo, el principal ímpetu para las pruebas proyectivas ocurrió en 1921 cuando Hermann Rorschach, un psiquiatra suizo, publicó *Psychodiagnostik*, que describía el uso de manchas de tinta para diagnosticar a pacientes psiquiátricos. El trabajo de Rorschach sugería que cuando las personas responden a un estímulo ambiguo de prueba, de aspectos teóricos para la inteligencia se animó todavía más en 1927 por la contribución de Louis Thurstone con base en el análisis factorial. Spearman, Thorndike y Thurstone habían ingresado al campo de la inteligencia y ponen de manifiesto algo de sus respuestas a las experiencias de la vida real (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

Phares 1999, opina que, no fue sino hasta 1937, cuando S. J. Beck y Bruno Klopfer publicaron sus manuales y procedimiento de clasificación por su lado, que el método Rorschach realmente cobró importancia. Después, en 1939 L. Frank acuñó el término **técnicas proyectivas**. De ese punto en adelante fluyó un verdadero torrente de publicaciones de investigación, libros, cursos y variaciones de técnicas, a pesar de que el torrente pudiera haber disminuido, el río aún es profundo.

Otro aspecto del movimiento proyectivo lo representa la publicación en 1935 de la Prueba de Apercepción Temática (TAT, Thematic Apperception Test) por parte de Cristiana Morgan y Henry Murria. En la opinión de Goldfried y Davison (1981), esta prueba requiere que la persona vea imágenes ambiguas y después invente una historia para describir las actividades, pensamientos y sentimientos de las personas que aparecen en esas imágenes.

El TAT ha resultado ser un instrumento proyectivo de amplio uso y es probable que quede en segundo lugar, después del Rorschach, en cuanto a su popularidad entre las pruebas proyectivas. Después, en 1938, Lauretta Bender publicó su prueba Bender-Gestalt. Esta prueba se emplea bastante, tanto como medida proyectiva de la personalidad como de la disfunción cerebral.

Para Kendall y Norton-Ford (1988), el éxito de la psicología clínica con las pruebas de inteligencia fue de suma importancia para su movimiento subsecuente hacia la evaluación de la personalidad. A medida que los clínicos avanzaron más allá de los confines de las escuelas e instituciones públicas para débiles mentales e ingresaron a servir dentro de instituciones penales, hospitales psiquiátricos y clínicas. Aunque en muchos casos, el psicólogo comenzó a buscar patrones de ejecución más que solo una puntuación total.

Así tradicionalmente se deban estudiar la personalidad, los factores psicodinámicos y los hábitos defectuosos, además se deben revisar situaciones que provocan frustración y tensión y si existen dificultades para dormir enseñar relajación, además de recomendar abstinencia d alcohol y de relaciones sexuales para ver el papel que desempeñan esos factores (May, Shachter, 1968).

Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, (2002) argumentan que Freud y Kiekergaard fueron los primeros en describir la ansiedad; estos mismos autores afirman que el DSM-1 tomo la definición de Freud para evaluarla.

Por lo cual resulta necesario mencionar la historia de dos manuales influyentes para la evaluación tradicional, los cuales son el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Según Caballo, Buela-Casal y Carrobles (1995), la nosología es la disciplina que se ocupa de la descripción, estructura, diferenciación y clasificación de las enfermedades. Una clasificación médica es un sistema de agrupación de entidades clínicas, basado en similitudes sintomáticas, órganos o sistemas afectados, secuencias fisiopatológicas u otros

criterios. Toda clasificación no es sino una tabla maestra, un listado sistemático, una representación codificada del complejo proceso diagnóstico, sustento y componente crítico del trabajo médico. Es apropiado afirmar, por lo tanto, que sin diagnóstico no hay clasificación posible. Diagnóstico es el proceso que, con base en la cuidadosa observación de las características clínicas de un enfermo y en la recogida de una serie de informaciones relevantes procedentes de diversas fuentes, permite etiquetar la condición clínica y formular hipótesis en torno a su etiología y patogenia, orientando así al profesional a la adopción de un tratamiento adecuado y posibilitando una estimación pronóstica bien informada.

Entonces de acuerdo con Buela, Caballo y Sierra (1996) si clasificación es la ordenación en grupos de organismos, entidades o situaciones según su continuidad, contigüidad o semejanzas, en psiquiatría el esfuerzo clasificador responde a la evaluación de parámetros relativamente inconexos tales como curso clínico, historia familiar, respuesta al tratamiento o resultados de tests psicológicos. Podemos afirmar que la nosología psiquiátrica mundial hasta la década de los setenta, estuvo caracterizada por la débil presencia de la Sección V de sucesivas ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y por la abundancia de clasificaciones nacionales patrocinadas por organizaciones profesionales (fundamentalmente psiquiátricas), comités especiales nombrados por comisiones ministeriales o académicas.

Por lo tanto Para Labrador, Cruzado y Muñoz (1998) el capítulo V de la CIE-10 consta de 11 grandes secciones, que corresponden a otros tantos grupos de trastornos: orgánicos, debidos al consumo de sustancias psicoactivas, esquizofrénicos y esquizotípicos, afectivos, neuróticos y relacionados con el estrés, asociados con trastornos fisiológicos y factores físicos, de personalidad, retraso mental, del desarrollo psicológico, de inicio en la niñez y la adolescencia, y no especificados. Incluyen un total de 100 categorías diagnósticas mayores que, a su vez, agrupan 329 entidades clínicas individuales.

El mismo autor comenta que los códigos son alfanuméricos: una letra seguida por dos cifras y, de ser necesario, uno o más números decimales (p. ej., el trastorno por ansiedad generalizada se codifica como F41.1). La estructura incluye, para cada trastorno, la

descripción de las características clínicas principales, las asociadas y las directrices propiamente dichas.

De esta forma la filosofía básica de la CIE-10 es descriptiva y atórica, pero se conservan los términos “neurosis”. La CIE-10 incluye también una sección en la que se explican los cambios introducidos en algunas entidades clínicas individuales, tales como la distinción entre trastornos psicóticos agudos y transitorios y la esquizofrenia, entre otras (Caballo, Buena-Casal y Carroble, 1995).

Según Phares (1999), las dos guerras mundiales tuvieron un poderoso impacto en el desarrollo de la nosología psiquiátrica. Los especialistas de la época comenzaron a acumular observaciones en torno a la inusitada variedad de trastornos psicológicos y conductuales suscitados en los frentes de guerra, cuadros que simplemente no tenían etiqueta apropiada en las nomenclaturas existentes.

El Manual de diagnóstico de trastornos mentales (DSM-I) se publicó en 1952; el DSM-III en 1980, sus principales características eran (Buena, Caballo y Sierra, 1996):

ψ Definición de trastorno mental como “síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo”.

ψ Reconocimiento de la posibilidad de etiologías multifactoriales y de la subjetividad del observador.

ψ Preponderancia del formato politético (es necesario un cierto número de síntomas, pero ninguno de ellos es particular, para llegar a un diagnóstico) sobre el nomotético, que requiere la presencia de todos los criterios para formular un diagnóstico.

Estas modificaciones entre algo más de 74 se introdujeron al DSM III.

Ya para los años 90' se publica el DSM-IV en donde se admite una preferencia por un enfoque descriptivo que minimiza las inferencias clínicas es, en sí misma, una posición teórica posiblemente más útil dentro de las orientaciones biológica y conductual.

El DSM-IV consta de 16 clases diagnósticas y una última sección dedicada a condiciones que pueden ser centro de atención clínica. Si se cuentan estas últimas (37 ítems en total), el Manual enumera 366 categorías diagnósticas, 74 más que el DSM-III y 260 más que el DSM-I (Saíz, Ibáñez, Muñoz, 2002).

Enfocándonos en el tema de la ansiedad, mencionaremos lo que el DSM-IV considera como criterios diagnosticos.

Criterios diagnóstico DSM- IV (En: Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002) para el trastorno de ansiedad generalizada:

- 1.- ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de seis meses.
- 2.-Al individuo le resulta difícil controlar su preocupación.
- 3.- La ansiedad y preocupación se asocian a tres de los seis síntomas siguientes (en niños solo uno: a) inquietud o impaciencia, b) fatigabilidad fácil, c) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, d) irritabilidad, e) tensión muscular y f) alteraciones del sueño.
- 4.- La ansiedad no se limita a síntomas de otro trastorno
- 5.- la ansiedad, preocupación, síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 6.- las alteraciones no se deben a una sustancia.

Criterios diagnósticos de la ansiedad generalizada del CIE-10 (En: Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002):

- 1.- Síntomas autonómicos.
- 2.-Síntomas en pecho y abdomen.
- 3.-Síntomas relacionados con estado mental (sensación de perder el control).
- 4.-Síntomas generales (sofoco, hormigueo).
- 5.-Síntomas de tensión

6.-Otros síntomas no específicos (insomnio)

Criterios diagnóstico de ataques de pánico según DSM-IV (En: Saíz, Ibáñez, Montes, 2002):

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- 1.-palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de frecuencia cardiaca,
- 2.-sudoración,
- 3.-temblores o sacudidas,
- 4.-sensación de ahogo o falta de aliento,
- 5.-sensación de atragantarse,
- 6.-opresión o malestar torácico,
- 7.-náuseas o molestias o desmayo,
- 8.-inestabilidad, mareo,
- 9.-desrealización- despersonalización,
- 10.-miedo a perder el control o volverse loco,
- 11.-miedo a morir,
- 12.-parestias y
- 13.-escalofríos o sofocaciones.

Si el objetivo tradicional de la terapia es ayudar al paciente a librarse de la ansiedad neurótica para poder lidiar con la ansiedad normal más constructivamente (May, Shachter, 1968). Al evaluarla por medio de los dos manuales antes mencionados, la única conclusión que se puede atribuir es que la persona evaluada tiene ya sea crisis de ansiedad o ansiedad generalizada, lo que nos concierne es que la información recabada sirva para el tratamiento y por ende para el cumplimiento del objetivo, de ahí que el tratamiento tradicional según Rojas (1998) sea: sedante, técnica de relajación y psicoterapia elaborada. Es decir, debe ser

triple: farmacoterapia, psicoterapia y socioterapia; pero antes de llegar a cualquier conclusión será necesario conocer la propuesta cognitivo-conductual.

2.4 Evaluación cognitivo-conductual.

La evaluación conductual es definida por Fernández-Ballesteros (1981) como: aquel proceso a través del cual podemos detectar las variables independientes que controlan o mantienen las conductas problema.

Fernández-Ballesteros y Carrobles (1981) amplían la definición diciendo que evaluación conductual se entiende aquella alternativa a la evaluación psicológica a través de la cual se trata de identificar las conductas objeto de estudio tanto motoras como fisiológicas o cognitivas, así como las variables ambientales y/o internas que las mantienen o controlan, con el objetivo de realizar un tratamiento o cualquier tipo de intervención psicológica.

De este modo la evaluación esta totalmente ligada con el tratamiento, ya que obtiene información antes, durante y después de la intervención clínica. Y aunque se requieran respuestas específicas, las cuales son las actividades cognoscitivas del cliente, éstas no constituyen fenómenos observables (Kendall, Norton-Ford, 1988).

En 1971 Miller propuso un análisis de múltiples niveles el cual se utilizaría para evaluar a personas con problemas complejos. En el primer nivel menciona que se debe hacer un análisis descriptivo, funcional y evolutivo de la conducta (lo cual se hace siempre que se evalúa al cliente): ya en un segundo nivel propone evaluar el estilo de vida y conducta interpersonal del paciente, debido a que a menudo se encuentran conductas inapropiadas, desadaptativas e inhibidas que están relacionadas con las quejas actuales. Y en un tercer nivel se deben evaluar las conductas aprendidas a una edad temprana, es decir, conductas enraizadas (En: Buela, Caballo, Sierra, 1998).

De esta forma el terapeuta ayuda a clarificar si la queja actual afecta al funcionamiento individual o al total.

De manera similar Buch (1988) menciona el “esquema de uno mismo” el cual menciona que las personas construyen principios directrices de los estilos de vida, es decir, los pacientes no se dan cuenta de lo que causa sus conductas porque sus ideas son automáticas y continuas. El “esquema de uno mismo” propone que una serie de patrones desadaptativos e inapropiados, tanto conductuales como cognitivos, que subyacen a las quejas actuales, deberían de recibir una atención más detallada (En: Buela, Caballo, Sierra, 1998).

Se pueden emplear varios procedimientos diferentes para muestrear la respuesta de un individuo a ciertas situaciones de la vida. En la evaluación conductual, de acuerdo con Weiner (1992) se recurre a: observación directa en ambientes naturales, observación de la respuesta a circunstancias generadas por el evaluador, a respuestas manifiestas en situaciones de dramatización de roles, auto-informes, métodos psicofisiológicos; además de la entrevista conductual. Estos procedimientos siempre serán utilizados a reserva del terapeuta.

De esta forma, el proceso terapéutico está conformado según Buela, Caballo y Sierra, (1998) por una entrevista inicial, análisis descriptivo, análisis funcional, análisis evolutivo, análisis de múltiples niveles, la formulación del problema, la experimentación clínica, la línea base y la evaluación del cambio.

Todo esto para cumplir el objetivo de la terapia que es eliminar las interpretaciones erróneas de las sensaciones corporales, los temores condicionados asociados y las conductas de evitación (Saíz, Ibáñez, Montes, 2002).

Comenzando este apartado, se ha considerado de suma importancia plantear con ayuda de algunos autores, el por qué la terapia de corte conductual se ha visto en la necesidad de utilizar un enfoque nomotético para evaluar.

Primeramente Goldfried y Davison (1981), explican que aunque los métodos de la evaluación tradicional difieren de los de la conductista, la distinción fundamental reside en

ciertos supuestos subyacentes y no en los métodos en sí. Puede que a veces tradicionalistas y conductistas empleen los mismos métodos, como la entrevista, pero es probable que el modo en que se utilicen sea diferente. Éstos enfoques se diferencian en función de supuestos como: a) lo que se entiende por personalidad, b) la selección de los ítems en la construcción de los tests, y c) la interpretación de las respuestas a los tests

Para Nelson y Hayes (1981), citados en Silva, 1989, opinan que “ha sido una tradición conductual centrarse en el sujeto o diente individual. Una ciencia clínica empírica, sin embargo, requiere de principios generales que sean generalmente aplicables. Por ello, en evaluación conductual parece conveniente buscar principios generales o nomotéticos que puedan luego utilizarse de manera idiográfica o individualizada... [puesto que] las reglas nomotéticas permiten a su vez, frecuentemente, un gran margen de variabilidad idiográfica”.

Por último, Fernández-Ballesteros (1994), describe que la clasificación con base en entidades nosológicas no aporta ninguna ventaja relativa al tratamiento, ya que se trata de puras categorías descriptivas sin base etiológica. La única ventaja reconocida por los evaluadores conductuales, estriba en su utilidad con vistas a la comunicación profesional, lo que se ha visto reforzado por los sistemas de salud desde los que se ha prescrito su uso, por lo que el evaluador no tiene más remedio que utilizar el sistema clasificatorio por necesidades burocráticas. Junto a ello, hay evaluadores que consideran que el uso de categorías nosológicas compuestas de elementos conductuales (más o menos especificados) no es incompatible con el modelo conductual, ya que tales entidades pueden ser consideradas como listados de conducta sin ninguna atribución sindrómica.

Sin embargo, en la práctica clínica de la terapia conductista según Goldfried y Davison (1981), la evaluación se lleva a cabo mediante entrevistas, observación de la conducta en la vida real, observación de la conducta en situaciones simuladas, cuestionario que deben contestarse por escrito y combinaciones de los métodos mencionados.

En este sentido, Fernández-Ballesteros (1994) comenta que los parámetros fundamentales para decidir el tipo de técnica de evaluación son dos: el costo que supone la administración de los distintos instrumentos de evaluación y su nivel de especificidad y rigor.

Esta autora refiere tres niveles para la evaluación, como lo son:

- 1.- entrevista, autobiografía, listados de conducta, escalas de apreciación, observación asistemática y datos de archivo.
- 2.- autorregistros, observación sistemática pruebas estandarizadas de ejecución, cuestionarios o escalas de autoevaluación y escalas de apreciación de otros.
- 3.- registros fisiológicos.

Asimismo, Aragón y Silva (2002) explican que las técnicas de evaluación conductual son:

- (1) Automonitoreo u autoobservación, la cuál cumple dos funciones: a) identificación de la conducta problema y en la determinación de la línea base, b) puede usarse no sólo como factor motivacional de cambio, sino como un componente del mismo tratamiento (Avia, 1981; en Aragón y Silva, 2002).
- (2) Registros fisiológicos, para poder medir las variables orgánicas del enfoque conductual; éstos registros ayudan a la detección, transformación o transducción, amplificación, registro y conversión. Esto, con base en el sistema biológico del que dependen.
- (3) Autoinforme o autorreporte. Permite tener acceso a la experiencia subjetiva del individuo.
- (4) Entrevista, permite establecer una relación de empatía entre el entrevistado y el entrevistador; está centrada en obtener a partir de la información que proporciona el sujeto, los factores antecedentes orgánicos y consecuentes que controlan el estado actual de la conducta. La entrevista consiste en identificar el problema del paciente

y propiciar el contacto con el evaluador, así como en analizar la posibilidad de aplicar otros procedimientos de evaluación.

No obstante, en el presente apartado se enfocará la atención hacia una técnica en particular de la evaluación cognitivo-conductual; esta es, la entrevista.

Para Caballo (1991), hace algunos años atrás, para el terapeuta de la conducta, la entrevista era principalmente un método de obtención de información para la evaluación, método que proporcionaba información cuestionable sujeta a las múltiples influencias sobre la conducta verbal. La información autoinformada era frecuentemente desechada, especialmente por los terapeutas operantes, a favor de fuentes de datos múltiples e independientes.

Labrador, Cruzado y Muñoz (1998), citan a Llavona (1998), quien explica que en la entrevista, el profesional ha de establecer contacto con el cliente a fin de conversar sobre el procedimiento general que se va a emplear para resolver el problema que plantee el cliente; debe realizar algunas preguntas que le permitan obtener al menos una información general sobre el tipo de problema que tiene el cliente.

Kendall y Norton-Ford (1988), citan a Sullivan (1954), quien describe la entrevista como: una situación de comunicación fundamentalmente verbal en un grupo de dos personas, integrado más o menos voluntariamente, que se desarrolla progresivamente entre el experto y el cliente a fin de dilucidar los patrones de vida característicos del sujeto, paciente o cliente, cuyos patrones percibe como particularmente problemáticos o específicamente valiosos y de cuya revelación espera obtener un beneficio.

La entrevista conductual para Llavona, 1998; citado en Labrador, Cruzado y Muñoz (1998), es la que considera la entrevista como un procedimiento específico de obtención de información. Se puede definir a la entrevista como un procedimiento de obtención de la información mediante la conversación con una o varias personas, en la cual una de las partes (“entrevistador”) tiene como rol establecido y como misión el indagar mediante preguntas orientadas, a fin de reunir la información que se desea obtener, mientras que la

otra parte (“entrevistado”) tiene el papel asignado de responder en relación a las preguntas que se le efectúan.

Esta definición cumple con las características que, según el análisis hecho por Silva (1992), citado en Labrador, Cruzado y Muñoz (1998); tienen en común diversas definiciones de entrevista:

- ∞ Una relación entre personas (dos o mas).
- ∞ Una vía de comunicación simbólica bidireccional, preferentemente oral.
- ∞ Unos objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador.
- ∞ Una asignación de roles que significa, al menos idealmente, un control de la situación por parte del entrevistador.

Caballo (1991) define a la entrevista conductual como una interacción diádica entre el paciente y el terapeuta, por medio de la cual el terapeuta busca la información necesaria para llevar a cabo un análisis del problema del paciente.

El propósito de la entrevista es obtener información y proporcionarla, (Goldfried y Davison, 1981):

- ∞ Se debe hacer lo que sea posible para que el cliente se sienta cómodo.
- ∞ Centrarse en los detalles concretos relacionados con el problema y las variables que mantienen su vigencia en el presente.
- ∞ Información histórica pertinente.
- ∞ Datos acerca de sus características positivas.
- ∞ Intentos anteriores de solución del problema.
- ∞ Expectativas con respecto a la terapia.
- ∞ Establecer metas.

Caballo (1991), por su parte complementa lo anterior, este autor explica a través de objetivos la entrevista, que son:

- ∞ El establecimiento de una relación terapéutica con el cliente. Esto incluye el desarrollo de una conexión armónica y el enseñar al paciente conductas de rol apropiadas, de modo que pueda participar prestando su colaboración en el proceso de la entrevista.
- ∞ La acumulación de la información necesaria para un análisis funcional preciso del (os) problema (s) presente (s) en el paciente.
- ∞ La identificación de las conductas meta para la intervención.

El terapeuta conductista debe ser sensible a los indicios que el cliente proporciona, estar dispuesto a seguir sus propias impresiones y, con frecuencia, echar mano de técnicas de entrevista de carácter tradicional tales como el servir de reflejo a los sentimientos, la clarificación, el uso de transacciones, el resumen de lo expuesto y las preguntas abiertas (Goldfried y Davison, 1981).

Además, según Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996), en la entrevista conductual se espera que la información recogida pueda proporcionar una dirección operacionalizada para un programa de modificación terapéutica.

Por lo que Goldfried y Davison (1981), especifican que la atención del terapeuta conductista se centra por lo general en variables tales como: antecedentes, orgánicas, respuestas y consecuentes.

Lo cual se refiere permite pasar al siguiente punto importante dentro de este apartado que es el análisis funcional de la conducta problema.

Autores como Labrador, Cruzado y Muñoz (1998), comentan que las intervenciones conductuales se fundamentan en el análisis funcional de las conductas problema. Debido a que a través del análisis funcional se han de determinar las variables causales que de forma relevante determinan la conducta problema y que se pueden controlar para producir el cambio

Por su parte Silva (1989), menciona que un análisis funcional de conducta requiere una demostración empírica de las relaciones entre los atributos criterioles (conductas) y las condiciones ambientales que las controlan. Tal demostración requiere, como mínimo, que atributos del comportamiento (frecuencia, intensidad, duración) fiablemente observados y registrados demuestren relaciones legales con aspectos del medio estimular experimentalmente manipulados.

Los componentes esenciales del análisis de cualquier comportamiento se han definido como estímulos y respuestas. Además de otros tres componentes esenciales. Lindsley (1964), citado en Kanfer y Phillips (1980), ha sugerido una ecuación conductual operante de cuatro componentes que incluye el estímulo antecedente (E), respuesta (R), relación de contingencia (K) y consecuencia (C).

Antecedente	Consecuente
$E \rightarrow O$	$R \rightarrow K \rightarrow C$

La utilidad de la ecuación conductual está en su requisito de análisis detallado de cada elemento que pueda afectar el aprendizaje y la ejecución de un acto (Kanfer y Phillips, 1980):

Para Goldfried y Davison, 1981, es importante definir cada una de las variables que se encuentran en la ecuación conductual, de la siguiente forma:

- a) Variables antecedentes, son las que actúan como estímulos.
- b) Variables organísmicas, son las que pertenecen a la cultura de la que se apropia el individuo.
- c) Variables de respuesta, la evaluación de las variables de respuesta debe centrarse en muestras de la conducta desadaptada en la situación específica, incluidas informaciones acerca de su duración, frecuencia, generalidad e intensidad.

d) Variables consecuentes. El momento en que la consecuencia se produce, suele tener importancia para determinar si algo “compensa” o no la respuesta.

En cada una de las partes del análisis funcional, es necesario prestar atención a tres canales o sistemas de respuesta que Fernández-Ballesteros (1994) detalla:

- a. La modalidad motora, viene definida por lo directamente observable en el sujeto, lo que éste hace.
- b. La modalidad psicofisiológica, puede ser conceptualizada a través de la actividad del sistema nervioso del organismo detectable y amplificable mediante aparatos (registros psicofisiológicos): respuesta cardíaca, presión arterial, sudoración, tensión muscular.
- c. La modalidad cognitiva, pensamientos, sentimientos, expectativas, que son evaluadas, principalmente mediante el informe verbal.

Esta autora continua comentando que este triple sistema de respuesta surge en los años sesenta, en la evaluación conductual de la ansiedad y es propuesto por Lang (1968,1977), más tarde generalizarse a otros problemas.

Cuando se evalúa a la ansiedad, se debe fijar en: circunstancias que rodean al sujeto, factores desencadenantes y si han existido otros momentos ansiosos (Rojas, 1998).

La evaluación de los trastornos de ansiedad se han realizado con diferentes sistemas de medida: test de evitación conductual, y de registros psicofisiológicos. Las medidas subjetivas, junto con las entrevistas estructuradas permiten una información rápida razonablemente fiable y que correlaciona satisfactoriamente con los otros tipos de medidas. En la práctica profesional los instrumentos de evaluación para la ansiedad son fundamentales los autoinformes. (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996)

Por su parte, la terapia cognitivo-conductual se centra en deshacer el aprendizaje anómalo y recomponer el lenguaje interior del sujeto (Rojas, 1998).

Rojas (1998) sugiere: relajación progresiva, respiración, detención del pensamiento y rechazo de ideas irracionales.

Tomando en cuenta que los motivos de preocupación más frecuentes se refieren a circunstancias cotidianas rutinarias, Straus recomienda para el tratamiento de la ansiedad y los ataques de pánico: relajación con imágenes, ensayos con autoafirmaciones positivas, refuerzos, aprendizaje de habilidades y entrenamiento cognitivo (En: Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

Por otra parte Kena y Kendall recomiendan para el tratamiento reconocimiento de la ansiedad y sensaciones somáticas, esclarecimiento de cogniciones relacionadas con la ansiedad, desarrollo de estrategias de afrontamiento y auto-refuerzo, relajación y rol playing (En: Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, (2002) mencionan que antes se utilizaban técnicas de relajación y respiración pero que ahora se utilizan también técnicas cognitivo-conductuales, como lo son la relajación desensibilización sistemática en vivo, entrenamiento asertivo, solución de problemas, autoinstrucciones, distracción cognitiva y reestructuración cognitiva.

La terapia cognitivo-conductual utiliza la identificación de errores o distorsiones cognitivas, la reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas en el tratamiento de la ansiedad y los ataques de pánico (Gradillas, 1998).

La reestructuración cognitiva, de Ellis y Beck, las cuáles se describieron en los primeros apartados, son utilizadas conforme a las ideas o creencias irracionales que los individuos refieran ante una problemática de ansiedad.

Bellack y Hersen, 1993, explican este concepto, esto quiere decir que el paciente que manifiesta déficit en su desempeño social, en la fisiología de la ansiedad e incluso expresa

un sentimiento de miedo o indefensión, es probable que respondiera a un programa que incluyera la **modificación directa en cada uno de esos campos de la conducta.**

Es decir, que además de dar un tratamiento a la ansiedad y sus síntomas, también se de un tratamiento que dé solución a las conductas inapropiadas y pensamientos irracionales que han formado parte de la persona, incluso antes de presentar ansiedad.

Por tal circunstancia, en el siguiente capítulo se ejemplificará con un caso de ansiedad, un tratamiento cognitivo-conductual multisistema.

CAPÍTULO 3. UN CASO DE ANSIEDAD GENERALIZADA CON ATAQUES DE PÁNICO. UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL MULTISISTEMA.

Visión general.

La ansiedad y el miedo son emociones que todas las personas sienten a lo largo de sus vidas; sin embargo ante algunas situaciones los individuos las experimentan de forma exagerada y es cuando experimentan una emoción displacentera.

De este modo la ansiedad es una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, comportamentales y cognoscitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza a su integridad física o psicológica (Saíz, Ibáñez, Montes, 2002). Que puede volverse desadaptativa cuando el individuo no la puede controlar debido a que no conoce formas de afrontamiento.

Caracterizando lo anterior, la ansiedad cuando es excesiva interfiere con frecuencia en forma de temblores, inquietud, dolores de cabeza, hiperactividad autónoma que suele manifestarse por respiración entrecortada, sudoración excesiva, palpitaciones y diferentes síntomas gastrointestinales. La alerta cognitiva es patente por la irritabilidad y la facilidad con la que se sobresaltan los pacientes (Bobes, Bousoño, Portilla, Saíz, 2002).

A esta ansiedad excesiva se le ha llamado ataques de pánico, los cuales para que se presenten el sujeto debe tener un temor o malestar extremadamente intenso que desemboca en ciertos síntomas y reacciones comportamentales, durante un periodo determinado de tiempo (Gradillas, 1998)

Para Rojas 1998 los síntomas son: dificultad respiratoria (disnea); palpitaciones, dolor o malestar precordial, parada respiratoria o sensación de ahogo, mareo, vértigo o sensación

de inestabilidad, sentimiento de irrealidad, hormigueo en manos y pies (parestesias), oleadas de calor y frío, debilidad, sudoración, temblor y estremecimiento, temor a morir a perder el control o volverse loco.

De esta forma se perfilan lo que se conoce como ansiedad generalizada y ataques de pánico, la primera es la presentación de dichos síntomas de manera moderada sin algo evidente que los provoque y por tiempo indeterminado y la segunda es la presentación de los síntomas de manera excesiva en un momento determinado.

En el siguiente capítulo se presentará un caso representativo de la ansiedad generalizada y los ataques de pánico; sin embargo se da una propuesta de intervención cognitivo-conductual con un enfoque multisistema; debido a lo que en 1977 propone Lang (citado en Bellack y Hersen, 1993) cuando comenta que un paciente que manifiesta déficit en su desempeño social, en la fisiología de la ansiedad e incluso expresa un sentimiento de miedo o indefensión, es probable que respondiera a un programa que incluyera la modificación directa en cada uno de esos campos de la conducta.

Es decir, que no sólo es importante el aspecto fisiológico de la ansiedad sino que además puede ser importante prestar atención a los diferentes ámbitos en los que la persona que presenta dicha ansiedad se encuentra inmersa.

De tal forma que no basta con que la persona aprenda a controlar o detener las crisis de ansiedad y los ataques de pánico sino que habrá que buscar ante que es frente a lo que se visualiza tan indefensa e impotente para ponerlo en duda.

Por tal motivo en el siguiente capítulo se resaltarán las diferentes situaciones en las que la usuaria está presente; esto es, cómo es su situación vital como hija, como esposa, como madre, como amiga, etc.

Queja: Se presenta a la CUSI (Clínica Universitaria de Salud Integral) de la FES Iztacala, al servicio de psicología clínica la Sra. "S" debido a que quiere una explicación de lo que le

sucede: hiperventilación, taquicardia, sudoración, temblores, hormigueo en las palmas de las manos y plantas de los pies, extremidades frías, mareos, náuseas, dolor de cabeza, cansancio, intranquilidad, insomnio, falta de apetito, falta de apetito sexual e incapacidad para relajarse; y que refiere haberlo presentado a partir de una cirugía de la vesícula biliar. Además de que se ha dado cuenta de que los síntomas físicos van en aumento y no sabe cómo detenerlos.

Demanda. La Sra. “S” quiere saber qué tiene y cómo detener los síntomas que presenta.

Datos demográficos. La Sra. “S” tiene 38 años, es ama de casa, tiene una escolaridad técnica en enfermería y está casada desde hace 12 años con el Sr. “J” quien tiene 37 años, es Lic. en Administración y trabaja como asesor financiero en una casa de bolsa. Juntos han procreado un hijo que tiene 13 años, actualmente está estudiando la secundaria. Los tres comparten la vivienda con la hermana del Sr. “J”, quien tiene 44 años, es soltera y nunca ha trabajado.

Evaluación conductual. La recogida inicial de la información se llevó a cabo a través de tres entrevistas iniciales, en las cuales se recabó la siguiente información:

La Sra. “S” tiene 9 hermanos con los que no tuvo relación cercana ya que vivieron separados por razones económicas; a ella le tocó vivir con una prima, al respecto menciona “crecí a fuerza y sin afecto de papá y mamá”, me decían “tú no vales nada, no opinas y no cuentas”. Cuando estudiaba conoció a su esposo, acabo de estudiar, trabajó de enfermera, se embarazó y se casaron hasta que su esposo terminó de estudiar; después de casarse y tener al su hijo, no volvió a trabajar, aunque mantuvo a sus amistades pues se frecuentaban de vez en cuando.

Al inicio de su matrimonio vivieron con sus suegros y sus cuñadas, después de ocho años murió su suegra y posteriormente su suegro se enfermó y ella lo cuidó por dos años hasta su muerte; poco después de la muerte de su suegro, se fue una de sus cuñadas y la otra se quedó con ellos.

Las reuniones familiares eran cada ocho días ya que esa casa era el centro de reunión; la señora “S” quería integrarse como parte de la familia, quería que hubiera unión y fraternidad; pero la familia comenzó a criticarla, las cuñadas decían que se quiere quedar con la casa. Sin embargo lo único que ella busca es irse de ahí.

La Sra. “S” menciona “tengo trece años con lo mismo, los mismos muebles y cuadros que no puedo mover”. Su esposo adquirió un departamento del INFONAVIT pero él no se quiso ir porque está muy lejos y aunque la Sra. “S” ha propuesto varias alternativas, él no acepta ninguna y ella se sigue sintiendo “fuera de lugar”.

Con respecto a su esposo, la Sra. “S” discute mucho con su marido pues ella dice que “él nunca le dice nada a su familia, no la defiende”, por lo que ella siente que “no la reconoce y a su vez que no es tomada en cuenta” y que “lo que ella necesita es afecto”. También siente que su hijo prefiere ir con la tía que estar con ella porque ella le habla fuerte, lo regaña y lo castiga.

La Sra. “S” dice ser muy corajuda, que antes cuando tenía una discusión se decía “ojalá me enferme del hígado”. Seis meses antes de asistir a terapia empezó a sentir un dolor del lado derecho del abdomen, en el momento en que le comunican que la van a intervenir quirúrgicamente, ella no acepta que tuviera problemas con su vesícula. Para la usuaria fue muy poco el tiempo entre el diagnóstico y la cirugía (15 días).

A partir de esto, apareció su miedo a la muerte; una vez realizada la cirugía comenzó una autoobservación de su cuerpo, es decir, a vigilar su respiración, temperatura corporal, digestión y latidos del corazón.

Debido a esto se presenta la primera crisis de ansiedad manifestada por hiperventilación, taquicardia, sudoración, temblores, hormigueo en las palmas de las manos y plantas de los pies, extremidades frías, mareos, náuseas, dolor de cabeza, cansancio, intranquilidad, insomnio, falta de apetito, falta de apetito sexual e incapacidad para relajarse provocando

así el ciclo de ansiedad (ver anexo 1). Sin embargo la usuaria en ese momento no sabe qué es lo que le está pasando, por tal motivo empieza a buscar respuestas.

Además, la señora trataba de mantenerse ocupada y retomar su actividad diaria por lo que busca un empleo en un kinder del DIF, lo cuál le ayuda a aumentar su apetito y a sentirse mejor. Pero un familiar estuvo en el hospital y murió, con esto se intensificaron nuevamente sus miedos, dejando así de trabajar. Además comienza a leer acerca de un sin número de enfermedades pues teme padecerlas, escucha noticias que son las que le ocasionan las pesadillas pues se imagina cosas relacionadas con la muerte, le da miedo hablar o escuchar de enfermos u hospitales.

A partir de las conductas que la Sra. “S” presenta, las discusiones con su esposo disminuyeron, ella dice “nos hemos acercado más, ahora él ha sido un poco más afectuoso, siento más el apapacho, el te quiero mucho y vamos a salir adelante” “es una cosa más de unión porque antes eran puros pleitos, ahora nos abrazamos más que antes”.

Sus intentos para solucionar sus conductas fueron acudir a dos psiquiatras, el primero le receta ritalín y otros medicamentos y el segundo le cuestiona sobre su economía. Por lo tanto, con ninguno encuentra una respuesta a lo que le está pasando.

Visita a una psicóloga que la confronta diciéndole “Tú crees que toda la gente que se va a morir se pone así”, razón por la cual deja de asistir a la terapia y continúa buscando una respuesta.

Sus crisis de ansiedad van en aumento, motivo por el cuál deja de trabajar, cesa su actividad sexual, deja de salir con sus amigas y su marido es el que busca alternativas.

3.4. Análisis funcional. De acuerdo con la información obtenida, se presenta el siguiente análisis funcional.

La usuaria refiere que a partir de hace seis meses que la operaron de la vesícula biliar se siente muy mal.

A nivel fisiológico manifiesta hiperventilación, taquicardia, sudoración, temblores, hormigueo en las palmas de las manos y plantas de los pies, extremidades frías, mareos, náuseas y dolor de cabeza; a nivel cognitivo “si me salgo y me caigo”, “y si me pasa...”, “no quiero morirme antes que mi esposo y mi hijo”.

Esto se hace altamente probable cuando la señora está en la casa, regularmente por las mañanas o por las noches que es cuando su marido está presente. A nivel fisiológico presenta cansancio, intranquilidad, insomnio, falta de apetito, falta de apetito sexual e incapacidad para relajarse. A nivel cognitivo “me salgo de casa porque al quedarme voy a tener que soportar una crisis”, “ay no! ahí vienes”, “no quiero tener miedo”.

La conducta de interés está siendo probablemente mantenida por el abrazo del esposo.

Además se encontraron una serie de pensamientos que la señora tiene de manera permanente tales como “crecí a fuerza, sin afecto de papá y mamá”, “tu no vales, no opinas y no cuentas”, “mi esposo y mi hijo no me necesitan, para qué estoy aquí”, “mi esposo me tiene que reconocer”, “ustedes no me necesitan, para qué estoy aquí. No estoy siendo tomada en cuenta”, “me siento fuera de lugar”.

Por último se logró detectar que la Sra. “S” carece de habilidades sociales que le permitan manifestar sus opiniones, deseos, necesidades, etc., a su marido, su cuñada y su hijo. Encontrando por medio de la presentación de los ataques de pánico la satisfacción de sus necesidades (afecto) y sus deseos (reconocimiento).

Todo lo anterior permite concluir que la conducta de interés (ataques de pánico) se debe a una insatisfacción con su situación vital (relación con el esposo, hijo y cuñada; además de carecer de un plan de vida personal), matizada por pensamientos irracionales, falta de habilidades sociales y falta de habilidades de afrontamiento efectivas para detener sus ataques.

Con esto se quiere decir que la señora tiene un déficit de habilidades sociales que se denota para decir lo que le molesta y para pedir lo que necesita. Esto es, los ataques de pánico son provocados por percibirse incapaz de tomar las riendas de su propia vida y por eso es necesaria una intervención cognitivo-conductual debido a que ésta nos ayuda no sólo a abarcar lo fisiológico sino los pensamientos, sentimientos y conducta; y al referirnos a un enfoque multi-sistema, se abarca estos mismos en los diferentes ámbitos en los que una persona se desenvuelve, es decir, como mamá, esposa, hija, cuñada, ama de casa, empleada, amiga, etc.

Vaciado de la información

Estímulos antecedentes. €	Organismo. (O)	Respuesta. ®	Consecuencia. (C)
<p><u>Externos:</u> Dónde: casa. Cuándo: Regularmente por las noches y por las mañanas. Cuando escucha noticias, sola o acompañada</p> <p><u>Internos:</u> Fisiológica: Cansancio Intranquilidad Insomnio Falta de apetito Falta de apetito sexual Incapacidad para relajarse</p> <p><u>Cogniciones:</u> “me salgo de casa porque al quedarme, voy a tener que soportar una crisis”. “hay no, ahí vienes” “no quiero tener miedo”</p> <p>Historia: La señora dice no haber vivido con sus padres, y no tener el reconocimiento de los mismos y ahora tampoco de su esposo e hijo.</p>	<p><u>Fisiológica:</u> Presión baja.</p> <p><u>Habilidades conductuales:</u> Sobreobservación de su cuerpo.</p> <p><u>Variables culturales:</u> “Crecí a fuerza, sin afecto de papá y mamá” “tu no vales, no opinas y no cuentas” “Mi esposo y mi hijo no me necesitan, para qué estoy aquí” “Mi esposo me tiene que reconocer” “Ustedes no me necesitan, para qué estoy aquí. No estoy siendo tomada en cuenta” “Me siento fuera de lugar”</p>	<p><u>Conducta de interés:</u> Crisis de ansiedad.</p> <p><u>Fisiológicos:</u> Hiperventilación Taquicardia Sudoración Temblores Hormigueo en las palmas de las manos y plantas de los pies Extremidades frías Mareos Náuseas Dolor de cabeza</p> <p><u>Cogniciones:</u> “Si me salgo y me caigo” “Y si me pasa...” “No quiero morirme antes que mi esposo y mi hijo”</p>	<p><u>Inmediata:</u> Individuales: Controlar su respiración.</p> <p>Otros: Abrazo del esposo.</p>

Hipótesis de trabajo. Si la Sra. “S” recibe entrenamiento en respiración lenta, habilidades sociales y reestructuración cognitiva, entonces contará con habilidades de afrontamiento que le posibiliten detener los ataques de pánico, expresar sus gustos, necesidades y deseos en primera persona y generar pensamientos funcionales que resguarden su autoconcepto y le permitan valorarse, de tal modo que mejore su calidad de vida.

Objetivo general. Al término de la terapia la Sra. “S” habrá desarrollado habilidades de afrontamiento para minimizar la ansiedad, detener los ataques de pánico y expresará de manera asertiva sus deseos y necesidades. Además generará pensamientos funcionales que le permitirán resguardar su autoconcepto, valorarse y mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos.

1.- “S” reconceptualizará lo que es un ataque de pánico y describirá en qué consiste el mismo.

*** Entrenamiento en respiración lenta.**

2.- “S” empleará la técnica de respiración lenta para detener las crisis de ansiedad.

3.- “S” describirá en qué consisten los ejercicios de respiración lenta.

*** Entrenamiento en habilidades sociales.**

4.- “S” definirá y discriminará las características de la conducta asertiva, no asertiva y agresiva.

5.- “S” enumerará los derechos asertivos básicos.

6.- “S” enumerará y describirá los componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva.

7.- “S” reconocerá cómo se relaciona la conducta asertiva con los sentimientos.

*** Reestructuración cognitiva.**

8.- “S” describirá cómo influyen los pensamientos en la conducta.

9.- “S” identificará las maneras absolutistas de pensar.

10.- “S” aprenderá a realizar sus propias discusiones sobre creencias irracionales.

11.- Incorporará a su repertorio conductual los componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales y los principios de la reestructuración cognitiva en situaciones simuladas.

12.- Incorporará a su repertorio conductual los componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales y los principios de la reestructuración cognitiva en situaciones reales.

Procedimiento. Las técnicas que se emplearon fueron respiración lenta, entrenamiento en asertividad y reestructuración cognitiva de Ellis (ver programa de intervención).

3.5. Programa de intervención.

Objetivo específico. “S” reconceptualizará lo que es un ataque de pánico y describa en qué consiste la misma.					
Sesión	Actividades del terapeuta.	Actividades del usuario.	Forma de evaluación.	Criterio de cambio.	Tareas.
1	<ul style="list-style-type: none"> * Cuestionarla acerca de su conocimiento acerca de un ataque de pánico. * Explicarle el ciclo de los ataques de pánico. * Ayudarla a que nos explique lo que entendió de la explicación. 	<ul style="list-style-type: none"> * Poner atención, repetir y ejemplificar la información adquirida relacionándola con su caso particular. 	<ul style="list-style-type: none"> *Descripción verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> * Que la señora logre explicar las crisis a partir de su experiencia particular. 	

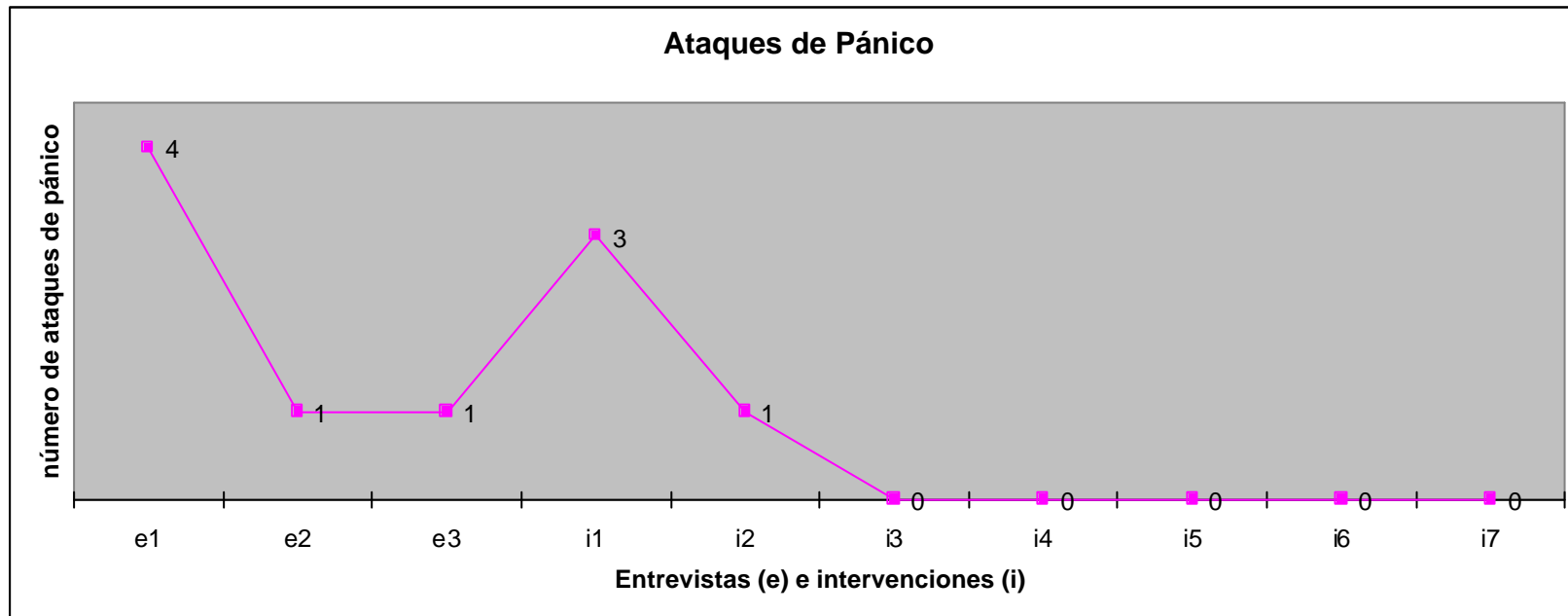
Objetivos específicos. “S” empleará la técnica de respiración lenta para detener las crisis de ansiedad. “S” describirá en qué consisten los ejercicios de respiración lenta.					
Sesión	Actividades del terapeuta.	Actividades del usuario.	Forma de evaluación.	Criterio de cambio.	Tareas.
2	<ul style="list-style-type: none"> * Explicar en qué consiste la respiración lenta, cómo funciona y retroalimentar la ejecución de la señora. * Modelar. * Explicar en qué consiste la hiperventilación y modelársela. 	<ul style="list-style-type: none"> * Poner atención, hacer los ejercicios dentro de la sesión. * Explicar cómo funciona y cómo se realizan dichos ejercicios. * Hiperventilarse para que utilice la respiración lenta. 	<ul style="list-style-type: none"> *Observación directa. *Descripción verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> * Reporte verbal y modelado de detener una crisis. * Controlar la hiperventilación. 	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar el ejercicio de respiración lenta en su casa cinco veces al día durante dos semanas y cuando sienta que se va a presentar un ataque de pánico.

Objetivos específicos. “S” definirá y discriminará las características de la conducta asertiva, no asertiva y agresiva. “S” enumerará los derechos asertivos básicos. “S” enumerará y describirá los componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva. “S” reconocerá como se relaciona la conducta asertiva con los sentimientos.					
Sesiones	Actividades del terapeuta.	Actividades del usuario.	Forma de evaluación.	Criterio de cambio.	Tareas.
3 4 5	* Explicar y ejemplificar cada uno de los derechos asertivos básicos. * Explicar la funcionalidad del comportamiento asertivo y cómo se diferencia del no asertivo y del agresivo. Explicar como se relaciona la conducta asertiva con los sentimientos. * Ejemplificar los componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva.	* Poner atención. * Dar ejemplos de la conducta asertiva. * Enumerar los derechos asertivos básicos y describa los componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva. * Mencionar los beneficios de la conducta asertiva sobre los sentimientos y en relación con las personas.	*Descripción verbal de cuáles son los derechos asertivos, conducta asertiva, no asertiva y agresiva, los componentes verbales y no verbales de la conducta.	Resolver asertivamente problemas ficticios durante la sesión.	* Cambiar frases no asertivas o agresivas por asertivas.

Objetivos específicos. “S” describirá cómo influyen los pensamientos en la conducta. “S” identificará las maneras absolutistas de pensar. “S” aprenderá a realizar sus propias discusiones sobre creencias irracionales.					
Sesiones	Actividades del terapeuta.	Actividades del usuario.	Forma de evaluación.	Criterio de cambio.	Tareas.
6 7	<ul style="list-style-type: none"> * Explicar el ABC de Ellis. * Enseñar a confrontar las ideas irracionales. * Explicar las ideas absolutistas de pensar y las flexibles. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ejemplificar qué creencias son irracionales y por qué. * Cambiar frases absolutistas por flexibles. * Mencionar ventajas y desventajas de sus ideas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> * Descripción verbal de la relación entre eventos, creencias y consecuencias del ABC. * Que proporcione ejemplos correctos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Resolver correctamente situaciones hipotéticas. * Descripción correcta del ABC. * Identificar creencias absolutistas (debo, tengo), autoexigencias; y proponer formas de cambio a partir de las ventajas y desventajas de las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Fijarse en el tipo de conducta de las personas a su alrededor.

Objetivos específicos. “S”incorporará a su repertorio conductual los componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales y los principios de la reestructuración cognitiva en situaciones simuladas. “S” incorporará a su repertorio conductual los componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales y los principios de la reestructuración cognitiva en situaciones reales.					
Sesión	Actividades del terapeuta.	Actividades del usuario.	Forma de evaluación.	Criterio de cambio.	Tareas.
8	*Plantear situaciones simuladas para observar los pensamientos y conductas que presenta la usuaria. *Cuestionarle acerca de su cotidianeidad. Identificar los pensamientos y conductas que presenta la usuaria en los diversos ámbitos en los que se encuentra inmersa.	* Prestar atención a las situaciones simuladas y reales para dar respuesta o justificarlas.	* Observación directa.	* Respuestas asertivas. * Pensamientos funcionales.	

3.6. Resultados.



Gráfica 1. Muestra la relación que existe entre las sesiones en que la señora “S” estuvo en tratamiento psicológico y la disminución del número de ataques de pánico que presentaba.

3.6. Resultados.

La usuaria reconceptualizó lo que es un ataque de pánico y qué fue lo que en su caso pudo ocasionarlo; pues consiguió entender que no fue la cirugía el principal detonante sino que ella había estado dentro de situaciones emocionales que no había podido manejar tales como la relación con su esposo, hijo y cuñada; además de no contar con casa propia y de su historia de vida.

Logró entender el ciclo de los ataques de pánico, donde sólo basta presentar el primero para desencadenar el miedo, la evitación y la autocrítica; y, así comenzar una autoobservación de su cuerpo que sólo le ayuda a identificar cualquier conducta que por muy pequeña que ésta sea le origina un nuevo ataque de pánico. Entendió que la autoobservación de su cuerpo le servía para detener un nuevo ataque de pánico y no para desencadenarlo. También aceptó que el abrazo de su esposo podía estar manteniendo sus conductas.

Comenzó a realizar el ejercicio de respiración lenta y se dio cuenta que éste también le servía para detener los ataques de pánico; por lo cuál realizó el ejercicio durante las cinco primeras sesiones de intervención llegando a detener tanto el ciclo como los ataques de pánico.

Con el entrenamiento asertivo, la usuaria se describió como una persona pasiva que al no saber qué y cómo responder comenzaba a ser agresiva.

Identificó y enumeró los derechos asertivos básicos, y aceptó que no los conocía, además se dio cuenta que la gente con la que se relaciona hace valer sus propios derechos de forma agresiva y noto que su comportamiento asertivo la ayuda a lidiar con este tipo de personas reduciendo consecuencias negativas en sus sentimientos y los de los demás.

Entendió que tanto los componentes verbales como los no verbales son de suma importancia en una comunicación pues ella suele interpretar los gestos de su esposo, de su hijo y de su cuñada; con los cuáles se siente agredida y comienza a agredir, ya sea de la

misma forma (conducta no verbal) o verbalmente. Ahora en lugar de creer la interpretación que ella hace acerca del comportamiento de los demás prefiere preguntar.

Además se dio cuenta de que sus sentimientos, necesidades y deseos deben ser expresados en el momento preciso y de una forma en que no sea reclamar o hacer “sentir mal” al otro (agresiva/pasiva); sino más bien respetándose así misma y a los demás. También consideró que el hecho de respetar a los demás, incluye que si ellos no responden como ella quiere, ¡no pasa nada! Ya que la gente que la rodea no esta obligada a cumplir sus peticiones y de la misma manera ella tampoco esta obligada a cumplir con las peticiones de otros, además de que siempre queda la opción de que ella misma se cumpla sus peticiones.

“Mis deseos y necesidades se las pido a mi marido, no importa lo que haga o deje de hacer yo pido lo que necesito, el cómo pedir las ya me lo enseñaron y si no me lo dan no pasa nada” (ver sesión del 11 de mayo de 2004).

Identificó que sus pensamientos también han afectado sus relaciones con las personas que le rodean; ahora entiende que las personas no tienen por qué quererla ni por qué valorarla como ella cree que debe ser y que ese pensamiento le causó muchos problemas durante mucho tiempo; ahora entiende que cada persona quiere a su manera.

La usuaria comienza a ser independiente y responsable de sus propias conductas y de su propia vida, ella lo expresa de la siguiente manera:

“... el tener miedo a enfrentar a las personas ya no existe, siento que ya puedo manejarlo, siento que ya puedo empezar a manejar muchas cosas que yo no hacía; puedo manejar mi vida, las crisis, puedo asimilar mi vida anterior, entender que yo ya no me quiero sentir sola, puedo manejar el platicar con mi esposo sin que se sienta agredido” (ver sesión del 11 de mayo de 2004).

La usuaria ya pide lo que necesita y desea, además comienza a dar su opinión sobre asuntos del hogar, de su hijo, de su relación de pareja, con su cuñada, etc., sin llegar a la agresión.

La señora “S” comenta:

“Con el comportamiento asertivo se pueden obtener acciones de uno mismo, acuerdos, no enojarse y mucha tranquilidad”.

“Las emociones que se obtienen siendo asertiva son sentirme contenta, me siento realizada, regreso las emociones que me hacen daño sin que entren en mi vida, que cada quién se quede con sus emociones” (ver sesión de 11 de mayo de 2004).

Durante el proceso terapéutico, la señora vuelve a tener contacto con sus amigas, vuelve a escuchar música, retoma su trabajo en la tlapalería, recupera peso, duerme más y sin pesadillas.

Para finalizar, cabe resaltar que a la par de los cambios conductuales y cognitivos ya mencionados la señora “S” desarrolló habilidades de afrontamiento (respiración lenta y asertividad) que le ayudaron a minimizar la ansiedad y a detener los ataques de pánico (ver fig. 1); de tal manera que los pensamientos funcionales que genero le están permitiendo resguardar su autoconcepto, valorarse y mejorar su calidad de vida.

3.7. CONCLUSIONES.

Antes de finalizar hay una idea de la usuaria que resulta interesante resaltar "...me gusta cómo me están enseñando..." (ver sesión del 18 de mayo de 2004). La importancia de resaltar esta idea es debido a que el enfoque terapéutico que se utilizó en terapia tuvo que ser aprendido por la usuaria para que pudiera ponerlo en práctica; de ahí que el proceso terapéutico sea un proceso de aprendizaje en el cuál la señora "S" tiene que ser una persona activa que interactúa con el terapeuta.

Además de que diversos enfoques se proporciona un tratamiento a los ataques de pánico con respiración lenta y relajación, muchas veces sin tomar en cuenta la situación vital de la persona en lo individual. En la terapia cognitivo-conductual, lo importante es tomar en cuenta los pensamientos y conductas de los usuarios para identificar en dónde se encuentra la problemática y así poder atacarla a partir de enseñarles a manejar tales pensamientos en su vida diaria. Y con un enfoque multisistema, se toma en cuenta al individuo en las diversas áreas en las que se va relacionando.

REFERENCIAS.

1. Aragón, L, E. y Silva, A. (2002). **Fundamentos teóricos de evaluación psicológica.** México: Pax.
2. Ávila, E., Jiménez, G. y Rodríguez, S. (1992). **Evaluación en psicología clínica.** Salamanca: Amaru.
3. Bellack, A. y Hersen, M. (1993). **Manual práctico de evaluación de conducta.** España: Descleé de Brouwer.
4. Bernstein, D. y Nietzel, M. (1986). **Introducción a la psicología clínica.** México: McGraw-Hill.
5. Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M. y Sáiz, P. (2002). **Trastornos de ansiedad generalizada.** España: Ars. Médica.
6. Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1996). **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud.** México: Siglo XXI
7. Caballo, V. (1996). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.** México: Siglo XXI.
8. Caballo, V., Buela-Casal, G. (1991). **Manual de técnicas y modificación de conducta.** España : Siglo XXI.
9. Caballo, V., Buela-Casal, G., Carboles, J. (1995). **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1: Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos.** España: Siglo XXI.
10. D’Zurilla, T. (1993). **Terapia de resolución de conflictos.** Bilbao: Descleé de Brouwer.
11. De la Gándara, M, J. y Fuertes, R. J. C. (1999). **Angustia y ansiedad.** Madrid: Pirámide.
12. Diel, P. (1966). **El miedo y la angustia.** México: Fondo de cultura económica.
13. Echeburúa, E. (1998). **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad.** Madrid: Pirámide.
14. Ellis, A. y Abrams, A. (1980). **Terapia Racional Emotiva.** México: Pax.

15. Fernández-Ballesteros, R. (1994). **Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud.** Madrid: Pirámide.
16. Fernández-Ballesteros, R. (1998). **Introducción a la evaluación psicológica I.** España: Pirámide
17. Goldfried, M. (1996). **De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración.** España: Descleé de Brouwer.
18. Goldfried, M., Davison, G. (1981). **Técnicas y terapéuticas conductistas.** Barcelona: Paidós.
19. Gradillas, V. (1998). **Psicopatología descriptiva, signos, síntomas y rasgos.** Madrid: Pirámide.
20. Gray, J. (1993). **La psicología del miedo y el estrés.** Barcelona: Labor.
21. Heiliger, A. (1977). **La angustia y el miedo en el niño.** México: Roca.
22. Kanfer, F. y Phillips, J. (1980). **Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento.** México: Trillas.
23. Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988). **Perspectivas científicas y profesionales.** México: Limusa.
24. Labrador, J., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1998). **Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.** Madrid: Pirámide.
25. Ladouceur, G. Bouchard, V. y Granger, F. (1981). **Principios y aplicaciones de las terapias de conducta.** Madrid: Debate.
26. Mahoney, M. (1983). **Cognición y modificación de conducta.** México: Trillas.
27. Mahoney, M. (1997). **Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica.** España: Descleé de Brouwer.
28. Martin, G. y Pear, J. (1999). **Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla.** Madrid: Prentice Hall.
29. May, R. y Schachter, S. (1968). **La angustia normal y patológica.** Buenos Aires: Paidós.
30. Meerlo, J. (1956). **Psicología del pánico.** Buenos Aires: Paidós.
31. Phares, J., Padilla, G. y Gómez, M. (1999). **Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica.** México: El Manual Moderno.

32. Ravagan, L. (1981). **El origen de la angustia**. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
33. Rojas, M. (1998). **La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones**. Madrid: Temas de hoy.
34. Seigle, L. y Fleshman, J. (2000). **Guía práctica para el tratamiento de los trastornos de angustia**. Barcelona: Masson.
35. Silva, F. (1989). **Evaluación conductual y criterios psicométricos**. Madrid: Ediciones Pirámide.
36. Stagner, J. y Ross, K. (1976). **Psicología de la personalidad**. México: Trillas.
37. Vallejo, P. (1998). **Manual de terapia de conducta**. Madrid: Dykinson. Vol. 1.
38. Weiner, I. (1992). **Métodos en Psicología clínica**. México: Limusa.