Psicología Conductual, Vol. 11, Nº 2, 2003, pp. 335-350

EL PAPEL DEL ANÁLISIS FUNCIONAL DEL COMPORTAMIENTO EN EL PROCESO DE ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO: UN ESTUDIO DE CASO

Gloria Carrillo
Fundación VECA (España)

Maria Luiza Marinho
Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Vicente E. Caballo
Universidad de Granada (España)

Resumen

Hoy día contamos con una gran cantidad de tratamientos conductuales para encarar los diferentes trastornos psicológicos. En psicología clínica, seleccionar el tratamiento adecuado para un individuo es una tarea importante que los profesionales deben de abordar con cada uno de sus pacientes, de manera que cada sujeto tenga un tratamiento personalizado. El presente artículo tiene como objetivo destacar la importancia del análisis funcional para los problemas del comportamiento presentados por el paciente como una estrategia en la adopción de tratamientos eficaces en oposición a la aplicación generalizada de programas de tratamiento estandarizados. Para ilustrar la importancia de la búsqueda de variables antecedentes y consecuentes de una determinada conducta problema para la elección del tratamiento adecuado, se describe el proceso psicoterapéutico del caso de un individuo que cumplía los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de ansiedad generalizada, centrándonos en el análisis funcional y en la eficacia del tratamiento propuesto.

PALABRAS CLAVE: *Análisis funcional, trastorno de ansiedad generalizada, evaluación conductual, estudio de caso.*

Abstract

Nowadays we have a great number of behavioral procedures to treat the different psychological disorders. In clinical psychology, the selection of the appropriate treatment for an individual is an important task that the clinicians should approach

---

Correspondencia: Vicente E. Caballo, Universidad de Granada, Facultad de Psicología, Campus de La Cartuja, s/n, 18071 Granada (España). E-mail: caballo@attglobal.net

with each of their patients, so that every individual has a personalized treatment. The present article has as the main objective to highlight the importance of the functional analysis of problem behaviors presented by a patient as a strategy for the adoption of effective treatments in opposition to the widespread application of standardized treatment programs. The importance of the search for antecedents and consequents of a certain behavior problem for the election of the appropriate treatment is illustrated. The therapeutic process of the case of an individual complying with the DSM-IV criteria for generalized anxiety is described, having as the main focus the functional analysis of the problem behavior and the effectiveness of the derived treatment.
KEY WORDS: Functional analysis, generalized anxiety disorder, behavioral assessmen, case report.

Introducción

La terapia conductual se ha considerado el movimiento más importante en la psicología clínica en las últimas décadas. Cuenta actualmente con una gran cantidad de tratamientos para los principales problemas psicológicos observados en la población adulta e infantil, cuya eficacia ha sido empíricamente demostrada (Kendall y Chambles, 1998; Nathan y Gorman, 1998; Seligman, 1996).

Actualmente, las investigaciones en el área de la terapia comportamental han intentado estudiar, empíricamente, otros puntos de interés, como la solución de problemas (Mayfield y Chase, 2002), el proceso de toma de decisiones en la terapia y el impacto de la variable terapeuta para los resultados del tratamiento (Marinho, Caballo y Silveira, 2003). Obviamente, una importante diferencia entre los terapeutas eficaces y el resto consiste en su capacidad para la selección del tratamiento más adecuado en cada caso específico. Esta habilidad de toma de decisiones depende, necesariamente, de la habilidad para realizar un adecuado y completo análisis funcional. Este constituye el mejor instrumento para determinar las causas de la conducta problema y dirigir la elección del tratamiento.

El análisis funcional como método para la comprensión del comportamento

Según Carr, Langdon y Yarbrough (2000), el conductismo operante es, esencialmente, un análisis científico de las intenciones, motivaciones, objetivos y propósitos. Sin embargo, siguiendo los supuestos filosóficos y epistemológicos del conductismo radical, los conductistas operantes evitan utilizar términos mentalistas como «propósito» o similares como «intención», «motivación» y «objetivo». En su lugar, optan por hablar de variables de las cuales el comportamiento es *función* y el nombre que se da al método para identificar esas variables es el de «análisis funcional»(AF).

Realmente, en la literatura conductual, el término *función* se ha utilizado de dos maneras. Una se refiere al efecto que tiene un comportamiento sobre el ambiente, es decir, el propósito de una conducta para el individuo (p.ej., la función de una conducta es acabar con la presencia de un determinado estímulo). La segunda se refiere a la relación entre dos variables (normalmente entre algún acontecimiento ambiental y una clase de conducta) en las que una varía dependiendo de la presencia o ausencia de la otra (p.ej., responder como función de un acontecimiento) (Hanley, Iwata y McCord, 2003).

Haynes y O´Brien (1990) definen el AF como «la identificación de relaciones relevantes, controlables, causales y funcionales aplicables a un conjunto específico de comportamentos meta para un cliente individual» (p. 654). Así, aunque un problema clínico pueda ser contado por un individuo, un grupo o una organización, en todos los casos el procedimiento es el mismo: decidir qué información recoger, delimitar el problema, decidir qué acciones llevar a cabo y evaluar los cambios.

El análisis funcional no solamente se realiza con conductas individuales. Gresswell y Hollin (1992) hacen una distinción entre análisis funcional idiográfico (el análisis de casos individuales, objeto de estudio del presente artículo) y nomotético (análisis funcional de una categoría diagnóstica, como el ejemplo clásico de análisis funcional de la depresión publicado por Ferster em 1973). A estas dos categorías, Sturmey (1996) añade otras dos: el análisis funcional de los procesos psicológicos (como imitación, desarrollo infantil, entre otros) y el análisis funcional de sistemas complejos (como organizaciones, ambiente terapéutico, prisiones).

El principal instrumento conceptual adoptado para la realización de análisis funcionales es el concepto de contingencia, introducido por Skinner en 1938 y que aparece después como central en toda su obra:

> «*Una formulación de las interacciones entre un organismo y su medio ambiente, para ser adecuada, debe siempre especificar tres cosas: 1) la ocasión en la que ocurrió la respuesta, 2) la propia respuesta y 3) las consecuencias reforzadoras. Las relaciones entre ellas constituyen las 'contingencias de refuerzo'*» (Skinner, 1975, p. 182).

> «*sólo cuando analizamos el comportamiento bajo contingencias conocidas de refuerzo podemos comenzar a ver lo que ocurre en la vida cotidiana. Hechos que inicialmente despreciamos comienzan a atraer nuestra atención y cosas que inicialmente nos llamaban la atención aprendemos a ignorarlas. (...) En otras palabras, ya no abordamos el comportamiento y el ambiente como cosas o acontecimientos separados, sino que nos interesamos en su interrrelación. Buscamos las contingencias de refuerzo. Podemos entonces interpretar el comportamiento con más éxito*» (Skinner, 1975, p. 184).

Interpretar un comportamiento significa comprender su función, que puede variar de un individuo a otro, entre situaciones y con el tiempo. De forma general, las funciones se refieren a la obtención de estímulos apetitivos (o placenteros) o la evitación de estímulos aversivos. Se llevan a cabo investigaciones para especificar, de

forma genérica, las funciones de las conductas que suelen ocurrir en contextos determinados.

Como se ha comentado anteriormente, el método para tratar de comprender un comportamiento (el AF) pasa por el establecimiento de relaciones entre variables funcionales. Según Haynes y O´Brien (1990), algunas variables funcionales son causales, otras correlacionales; algunas son controlables o modificables, otras no; algunas son importantes en magnitud, mientras que otras son triviales. El papel del analista del comportamiento es, justamente, indicar las relaciones existentes entre tales variables y el comportamiento en cuestión.

En relación a los análisis funcionales, algunos autores (Haynes y O´Brien, 1990) destacan, las siguientes características:

a) son más probabilistas que deterministas;
b) son transitorios y pueden variar con el tiempo (por ejemplo, las variables relacionadas con el inicio de un problema pueden no ser aquellas relacionadas con su desarrollo posterior o mantenimiento actual);
c) son no excluyentes, es decir, la relación entre dos variables no impide la relación entre esas y otras variables;
d) las variables funcionales pueden ser de nivel macro (como etnia o clase social) o de nivel micro (como frecuencia de la crítica social);
e) las relaciones funcionales causales requieren que las variables causales precedan siempre al acontecimiento causado; esta es una condición necesaria, auque no suficiente, para la causalidad;
f) acontecimientos privados pueden entrar en el análisis funcional en diferentes apartados: pueden ser el comportamiento objetivo, pueden ser antecedentes o pueden ser consecuencias.
g) identificar las variables que actualmente causan un problema clínico puede ser muy difícil, ya que en el ambiente natural hay muchas otras variables que están correlacionadas con la causa verdadera.
h) pueden tener límites; una importante limitación es que las relaciones funcionales son difíciles de ser comprobar.

Además de lo presentado hasta el momento sobre el tema, es importante que hay autores (p.ej., Carr *et al.,* 2000; Iwata, Vollmer y Zarcone, 1990; Baer, Wolf y Risley, 1968; Skinner, 1953) que, sensibles al problema de que las relaciones funcionales entre variables puedan ser más aparentes que reales, restringen el término análisis funcional a la manipulación experimental de variables para demostrar relaciones causales entre la variable independiente y el comportamiento. Según estos autores, los enfoques no experimentales pueden generar hipótesis, pero no se puede decir que constituyan un análisis funcional mientras no sea comprobada la hipótesis.

Cuando se va a llevar a cabo el análisis funcional de un comportamiento en la clínica, de todas las informaciones que se tienen sobre la vida actual y pasada del individuo, se tienen que seleccionar aquellas variables que parecen tener relación causal con el comportamiento analizado y, en realidad, solamente se tiene seguridad

de la elección de las variables correctas después de su manipulación (en general, durante el proceso de intervención). En un primer momento las relaciones establecidas son meramente hipotéticas.

Así, una aplicación clínica del AF no trata de describir todas las relaciones entre variables relevantes. Aquellas que presentan magnitudes insignificantes y aquellas que no pueden ser modificadas, son excluidas para simplificar el cuadro y para identificar aquellas variables que podrían ser modificadas durante el tratamiento. En este contexto, el análisis funcional es una forma idiográfica de evaluación orientada hacia el desarrollo de un tratamiento adaptado individualmente (Sturmey, 1996). Puede, inclusive, ser visto como un tratamiento en sí mismo o como un componente de éste (por ejemplo, autores como Goldiamond, 1975, recomiendan que se incentive a los pacientes a que descubran su propio análisis funcional en vez de recibirlo ya listo de parte del terapeuta).

De esta forma, el presente trabajo tiene como objetivo discutir la importancia de realizar una intervención basada en hipótesis, como condición básica, para elegir entre los diferentes paquetes de tratamiento el más adecuado y adaptarlo a la especificidad del caso. Para ello, se presenta el análisis funcional de un caso y su relación con el tratamiento propuesto.

Descripción del caso

Sujeto

Se analiza el caso de una joven universitaria de 22 años de edad. Por motivos de estudio reside en Málaga desde hace cinco años compartiendo piso con una compañera. Es hija única y antes vivía con sus padres y abuela con los que mantiene buena relación. La paciente les describe como personas miedosas en relación a las enfermedades y a su abuela, además, como supersticiosa. Por otro lado, sus padres reconocieron haberla sobreprotegido.

La paciente refería intenso miedo a la enfermedad y la muerte con síntomas de ansiedad y conducta de evitación. Presentaba una serie de pensamientos que le hacían padecer altos niveles de ansiedad. El contenido de estos pensamientos versaba sobre la posibilidad de que pudiese darle un ataque al corazón, un infarto, un derrame cerebral o un corte de digestión. Como consecuencia de esos pensamientos tenía mucho miedo a la muerte. Algunas de las situaciones que evitaba eran las siguientes: conducir, salir a la calle sola, ir a sitios donde hubiera mucha gente (discotecas, supermercados, etc.), pasear por calles transitadas y con mucho ruido, etc. Estas quejas eran recurrentes, ya que 7 años antes la paciente había sido tratada, durante un período de 1 año, de los mismos síntomas. Aparentemente, según su relato, la intervención anterior se centró, principalmente, en técnicas para controlar los pensamientos y desensibilizarla a ellos.

Después de una serie de entrevistas y de acuerdo con los criterios recogidos en el DSM-IV-TR (APA, 2000), la paciente presentaba un Trastorno de ansiedad generalizada. Concretamente satisfacía los siguientes criterios (APA, 2000):

A. Ansiedad y preocupación excesivas, estando presentes más días que ausentes durante al menos 6 meses, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o académico)
B. A la persona le es difícil controlar la preocupación
C. La ansiedad y la preocupación se encuentran asociadas con tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han estando presentes más días que ausentes durante los últimos 6 meses).
   a. inquietud o impaciencia*
   b. fatigarse fácilmente
   c. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco*
   d. irritabilidad
   e. tensión muscular*
   f. perturbaciones del sueño
D. El centro de la ansiedad y la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I.
E. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras areas importantes del funcionamiento del individuo.
F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva ni a una enfermedad médica.

(Nota: los ítems con asterisco (*) del criterio C son los que estaban presentes en la paciente)

Evaluación

Se utilizaron como medidas de evaluación la entrevista, autorregistros, escalas e inventarios de autoinforme (de interferencia, de habilidad social, de ansiedad y depresión, de temor a la evaluación negativa). El período de línea base indicaba un patrón cada vez más acentuado de pasar la mayor parte del tiempo en casa. Como consecuencia de este problema, dejaba de hacer muchas actividades que le resultaban gratificantes, como salir con sus amigas o ir de compras, y otras que eran importantes para su futuro, como ir a clase o realizar las prácticas requeridas por la carrera que estudiaba, lo que podría dar como resultado suspender el curso.

ENTREVISTA. Durante las primeras cuatro sesiones se recogió información detallada sobre la historia, características y funcionalidad del problema.

AUTORREGISTROS. Se le pidió a la paciente que anotase por escrito su conducta con un autorregistro ABC, en el que se recogía información sobre las condiciones antecedentes, las respuestas y las consecuencias. Se le ayudó a elaborar una jerarquía de las actividades de la vida diaria que estaba evitando y el grado de malestar que le producía o le produciría realizarlas, con una escala de 0 a 10 (0= «nada de ansiedad» y 10= «ansiedad máxima»). Se registró el nivel de ansiedad en dos momentos temporales: línea base y a los cinco meses de comenzado el tratamiento.

INVENTARIOS Y ESCALAS. Se aplicaron los siguientes inventarios:

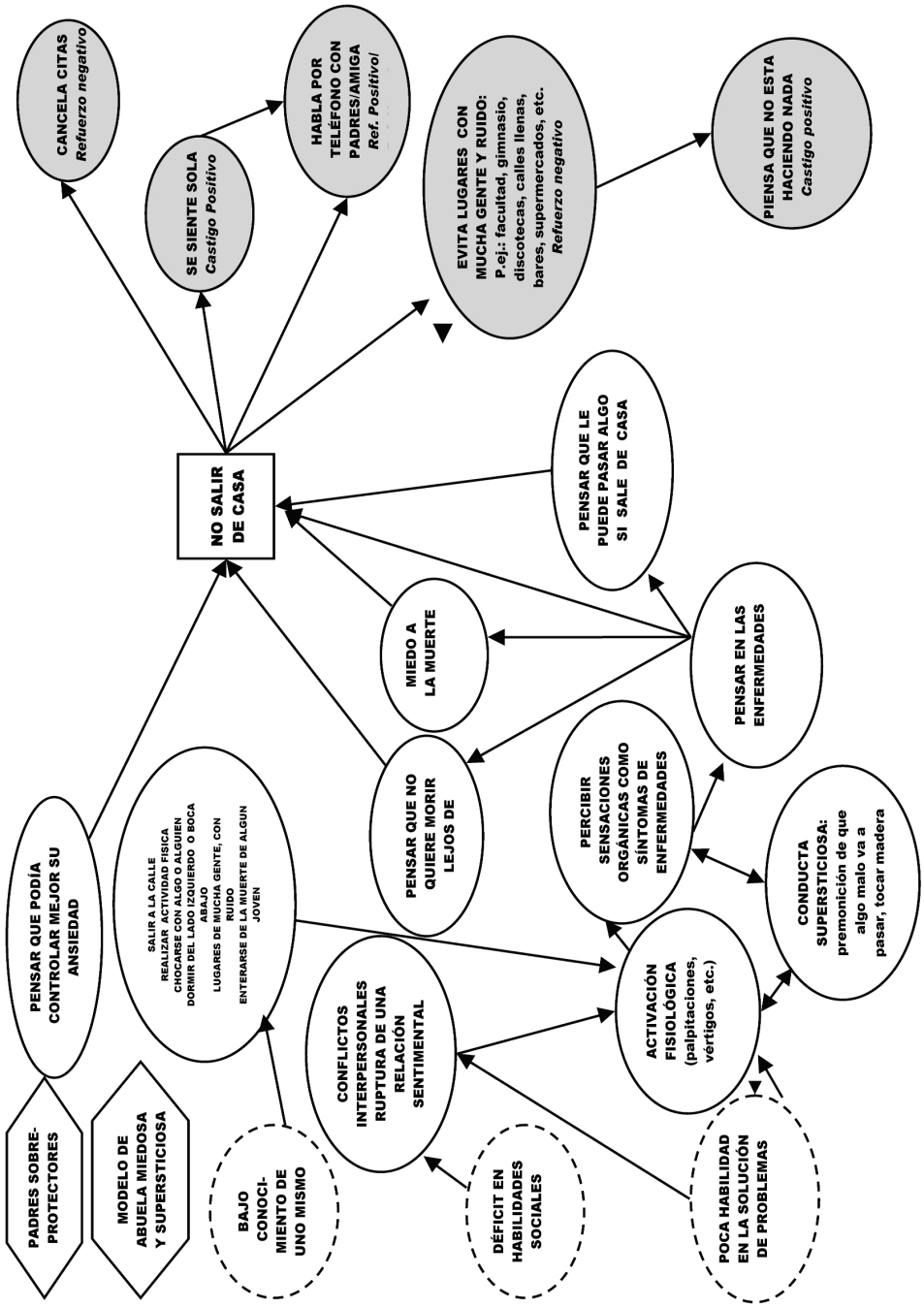
— *Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora* (EMES-M) (Caballo, 1993, 1997). Consta de 64 ítems cuya puntuación va de 0 («Nunca o muy raramente») a 4 («Siempre o muy a menudo»). Mide habilidad social general y especialmente habilidad social en una serie de dimensiones o clases de conducta. A mayor puntuación en estas dimensiones mayor habilidad social en las mismas.
— *Escala de Interferencia* (Echeburúa *et al.,* 1988). Consta de 8 items que puntúan desde 0 («Nada») hasta 8 («Muchísimo») y evalúa la interferencia producida por sus problemas en la vida real en general y en áreas específicas, como trabajo/estudios, amistades, etc.
— *Inventario de Movilidad para la Agorafobia* (MI) (Chambless *et al.,* 1985). Consta de 28 situaciones que se puede responder desde 1 («Nunca evito») hasta 5 («Siempre evito»).
— *Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS) (Lovibond, y Lovibond, 1995). Consta de 42 ítems cuya puntuación oscila desde 0 («Nada aplicable a mí») a 3 («Muy aplicable a mí»).
— *Temor a la Evaluación Negativa* (FNE) (Watson y Friend, 1969). Consta de 30 ítems que se pueden responder Verdadero o Falso. Pretende medir el componente cognitivo de la ansiedad social. A mayor puntuación mayor temor a la evaluación negativa.

Análisis funcional

El AF del caso de Ana está presentado esquemáticamente en la Figura 1. Analizando los antecedentes inmediatos, parece que situaciones como conflictos derivados de la interacción social (con amigos, compañera de piso, profesores, vendedores, etc.) producían en Ana una activación fisiológica intensa que podría considerarse como ansiedad. La paciente presentó dificultades para identificar sus reacciones de ansiedad como tales y en percibirlas como resultado de su participación en situaciones de conflicto. Como no comprendía lo que sentía (ansiedad) y por qué lo sentía, pasó a hipotetizar que aquellos eran síntomas de algún mal funcionamiento orgánico, como un posible ataque al corazón, un infarto, un derrame cerebral o un corte de digestión. Esa hipótesis que la paciente planteaba como síntomas de una grave enfermedad biológica retroalimentaba su activación fisiológica. Es decir, este análisis incorrecto del propio comportamiento desencadenaba una serie de pensamientos y sentimientos relacionados con el estar enferma y morir, haciendo que ellos mismos produjesen más ansiedad. De este modo, la ansiedad era inicialmente producida por su interacción con el ambiente y, posteriormente, mantenida por pensamientos consecuentes basados en su evaluación incorrecta de lo que estaba sucediendo.

De cualquier forma, era importante identificar por qué Ana analizaba la situación de esa manera y no de otra. En este punto, se identificaron otras tres variables fun-

Figura 1
Análisis funcional del caso



cionales más relevantes, que serían importantes antecedentes-meta en el proceso de intervención:

a) *Bajo conocimiento de sí misma*. El problema del conocimiento de sí misma parecía basarse en su historia de aprendizaje, en la que no había adquirido las habilidades apropiadas para establecer relaciones entre ella y el ambiente. Padres autoritarios y dominantes están, en general, relacionados con el desarrollo de un bajo autoconocimiento en sus hijos, en la medida en que no les enseñan a autoobservarse y no tienen en consideración las preferencias de dichos hijos, sino únicamente sus propias reglas de cómo se debe proceder, de lo que es importante. Así, la paciente no asociaba su malestar emocional con los acontecimientos estresantes que realmente lo producían, sino que lo atribuía, erróneamente, a alguna enfermedad. De igual manera, como se ha comentado anteriormente, una serie de acontecimientos tales como, por ejemplo, realizar una actividad física, discutir con una amiga o ir a lugares con mucha gente, le producían una activación fisiológica que Ana interpretaba como síntomas de enfermedades y pensaba que podría morir.

b) *Déficit en habilidades sociales*. Las evaluaciones realizadas con respecto a esta área revelaron importantes dificultades en algunas dimensiones sociales. Según la EMES-M (Caballo, 1993, 1997), Ana presentaba dificultades principalmente en 7 de los doce factores incluidos como clases de respuesta o dimensiones de las habilidades sociales en la EMES-M: iniciación de interacciones; hablar en público/enfrentarse con superiores; expresión de molestia, desagrado o enfado; aceptación de cumplidos; hacer cumplidos; tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto; y preocupación por los sentimientos de los demás. La carencia de las habilidades sociales necesarias para la vida da lugar a estados emocionales negativos que en Ana se manifiestan con elevados niveles de ansiedad y los pensamientos consecuentes sobre enfermedad y muerte. Así, Ana evita numerosas situaciones en las que se requiere comunicarse con los demás y, por tanto, deja de experimentar la gratificación que producen las interacciones sociales. Esto fomentaba también, de manera notable, que Ana se quedara en casa.

c) *Falta de habilidad en la solución de problemas*. Para Phillips (1978), los problemas psicológicos provienen de la incapacidad de un sujeto para resolver problemas y alcanzar objetivos. En la literatura conductual, la falta de habilidades en la solución de problemas esta relacionada con la competencia social, definida ésta como la capacidad de enfrentarse de forma eficaz con los diferentes problemas de la vida diaria. La influencia en el desarrollo de Ana de la sobreprotección parental la ha llevado a desarrollar durante su vida estrategias ineficaces de solución de problemas, evitando conflictos interpersonales y problemas en general.

Las variables desencadenantes importantes identificadas, pero fuera del alcance de la intervención fueron: la convivencia con unos padres dominantes y sobreprotectores, una abuela miedosa y supersticiosa, los conflictos sobre su fe cristiana, la experiencia de la muerte inesperada de su abuelo por causa de un paro cardíaco y el consecuente desarrollo de un intenso miedo del padre a la enfermedad.

En resumen, cada vez que se presentaba una situación problema se volvía a repetir la secuencia: activación fisiológica, percepción de esas sensaciones como

síntomas de enfermedades, miedo a la muerte y aumento en la frecuencia de conductas de evitación. Ana se refugiaba en casa porque se sentía más segura ahí y porque pensaba que si salía le podía pasar algo y morirse. La conducta se mantenía también por las consecuencias de refuerzo positivo (aumento de la atención por parte de los padres y amigas) y de refuerzo negativo (las situaciones aversivas que evitaba). El castigo (sentirse sola y pensar que no estaba haciendo nada) no tenía fuerza suficiente para disminuir la probabilidad de ocurrencia de las conductas de evitación.

Tratamiento

El tratamiento, derivado del análisis funcional llevado a cabo, tuvo por objetivos romper el ciclo «síntomas fisiológicos de ansiedad-miedo-conductas de evitación» e intervenir sobre las variables causales que parecían tener más fuerza sobre la reincidencia y el mantenimiento del problema. El hecho de que la paciente hubiera sido tratada 7 años antes por los mismos síntomas y la reaparición de éstos, sugiere que el proceso psicoterapéutico anterior tuvo que ser incompleto, no actuando sobre variables causales relevantes. Como se ha comentado anteriormente, y según el relato de la paciente, el tratamiento anterior se centró en el enfrentamiento de los pensamientos de miedo a la muerte (utilizando como técnica básica la desensibilización sistemática por medio de la imaginación). A partir del analisis funcional del caso, se hipotetizó que las variables relevantes para el problema eran: establecimiento de hipótesis incorrectas sobre el propio comportamiento, excesiva discriminación de alteraciones fisiológicas mínimas, desconocimiento de sus dificultades en el área de interacción social, falta notable de habilidades sociales en diferentes áreas y dificultades de solución de problemas, además de las variables consecuentes que reforzaban positiva y negativamente los comportamientos de evitación de la paciente.

Así, con base en el análisis funcional realizado, se siguió un programa de tratamiento que incluía estrategias a corto y medio plazo. Es importante destacar que solamente en este momento fueron seleccionadas las estrategias de tratamiento estandarizadas que serían aplicadas en su caso, tales como entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, ejercicios de relajación, etc. La elección de las estrategias no se basó en la identificación de los síntomas y en el diagnóstico a partir del DSM-IV-TR, sino que se derivaron del análisis funcional del caso específico. Aunque se hayan utilizado estrategias descritas en tratamientos estandarizados, la intervención llevada a cabo fue diseñada a medida para el caso de Ana en particular

ESTRATEGIAS A CORTO PLAZO:

a) *Ejercicios de relajación.* El objetivo era enseñarle la habilidad de discriminar, controlar y reducir las reacciones somáticas que aparecían en determinadas situaciones, de manera que cuando advirtiera que se ponía excesivamente ansiosa, fuera

capaz de manejar la ansiedad. Se le explicó la importancia de la práctica regular de esta técnica para obtener mejores resultados.

b) *Informaciones sobre la ansiedad*. Las estrategias educativas constituyen una parte importante del proceso terapéutico en el enfoque comportamental. Ellas posibilitan que el paciente contemple de una forma más adaptativa sus formas de analizar situaciones-problema relevantes. En el presente caso, el objetivo de esta estrategia fue hacer posible que la paciente comprendiera e interpretara, de forma adecuada, sus sensaciones somáticas como síntomas de ansiedad y no como síntomas de una enfermedad.

c) *Afrontamiento de las situaciones temidas.* Detener el comportamiento de evitación de la paciente constituye una importante estrategia terapéutica de los problemas de ansiedad. Así, se orientó a la paciente para que fuera exponiéndose poco a poco a las situaciones temidas y se analizó su comportamiento en esas situaciones (tanto los comportamientos manifiestos como los encubiertos, incluyendo los sentimientos, los pensamientos y las reacciones fisiológicas). El objetivo principal era hacer posible el moldeamiento de nuevos comportamientos, más adecuados, que pudieran ser positivamente reforzados, en sustitución de los comportamientos de evitación, reforzados negativamente.

Estrategias a medio plazo:

a) *Aumento en el conocimiento de sí misma*. Se ayudó a la paciente a no desviar la atención de aquello que realmente le preocupaba. Debido a la falta de conocimiento que la paciente tenía sobre la relación persona-ambiente, se trataba de promover el cambio por medio de una mejor compresión de las condiciones ambientales que regulaban su conducta. La hipótesis era que si la paciente conseguía analizar su comportamiento dentro de un contexto más amplio, es decir, si lograba tener más conciencia de sus sentimientos y de sus reacciones fisiológicas y de cuáles eran las variables que los estaban desencadenando, habría menos probabilidades de que concluyese que estaba gravemente enferma.

b) *Entrenamiento en habilidades sociales.* Se trataba de modificar y crear repertorios conductuales. Se fueron entrenando de forma secuencial diferentes clases de respuesta. A los cinco meses de comenzado el tratamiento, se habían entrenado las siguientes dimensiones: iniciación de interacciones, hablar en público/enfrentarse con superiores, defensa de los derechos del consumidor, expresión de molestía, desagrado o enfado, hacer cumplidos y rechazo de peticiones. Se enfatizó y programó la exposición a aquellas situaciones sociales que desencadenaban alguna respuesta de ansiedad utilizando las nuevas habilidades aprendidas, de tal forma que pudiera sentirse más segura y capaz en esas situaciones y para aumentar su bienestar social a medio y largo plazo.

c) *Entrenamiento en solución de problemas.* Por medio de este proceso intentamos ayudar a la paciente a comprender la naturaleza de los problemas de la vida y a dirigir los intentos de modificación de los mismos o bien cambiar su reacción hacia ellos.

Resultados

Los resultados presentados seguidamente son recogidos 5 meses después de comenzar la intervención, con 1 sesión semanal de 1 hora cada una. Los comportamientos de evitación desaparecieron totalmente. La paciente nos hace saber de forma voluntaria que se han cumplido los objetivos propuestos al comienzo del tratamiento. Aunque por diversas cuestiones puntuales no se pudieron pasar de nuevo todos los instrumentos de evaluación empleados durante la línea base, sí aplicamos de nuevo algunos de ellos. Como puede observarse en la Tabla 1, se produce una mejoría en el nivel de ansiedad provocado por determinadas situaciones de la vida diaria comparando la puntuación de la línea base con la obtenida a los 5 meses del inicio del tratamiento.

Ana aprendió a identificar su conducta en las situaciones sociales que le estaban generando ansiedad y, lo que es más importante, comprendió que ese comportamiento se podía modificar, aprendiendo diversas formas de hacerlo. Al comienzo del tratamiento el terapeuta observó déficit en algunos componentes verbales y no verbales empleados en la comunicación durante las subsecuentes entrevistas. A los cinco meses de tratamiento, la paciente mejoró en esos componentes desde la perspectiva del terapeuta, aunque no se realizó ningún registro conductual de dichos componentes. Así, Ana lograba mantener la mirada, sonreir y conseguía orientar su

Tabla 1

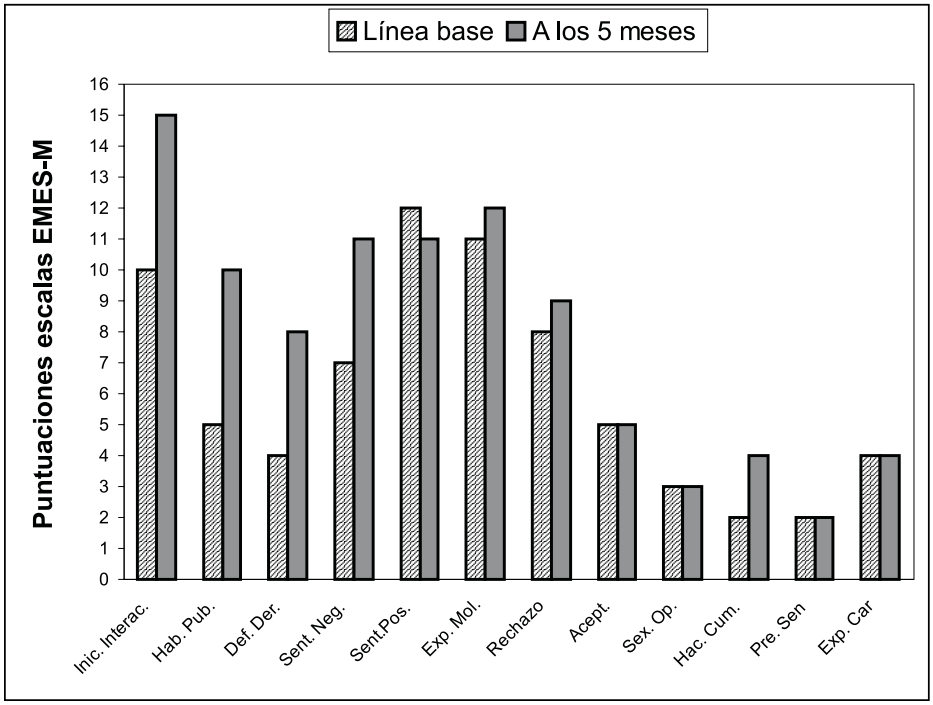
Registro del nivel de ansiedad provocado por distintas situaciones de la vida diaria de la paciente, en la línea base y a los 5 meses del inicio del tratamiento.

	Nivel de ansiedad (0-10)	
Situaciones productoras de ansiedad	**Línea base**	**A los 5 meses del inicio del tratamiento**
1. Conducir	5	3
2. Manejar el ordenador	5	0
3. Salir a pasear sola	7	1
4. Salir a pasear con personas de confianza	5	1
5. Salir a la calle con personas de poca confianza	7	2
6. Dormir del lado izquierdo	6	0
7. Ir a sitios donde haya poca gente	6	1
8. Ir a sitios donde haya mucha gente (conciertos, discotecas)	10	3
9. Esperar en la parada del autobús	8	2
10. Viajar en autobús	7	0
11. Realizar esfuerzos grandes (p.ej., subir escaleras, hacer ejercicio físico)	9	3
12. Ir a clase en horas en las que no hay mucha gente	9	0
13. Ir a clase en horas en las que hay mucha gente	10	0

posición corporal hacia la persona con quién se estaba comunicando. Además, la paciente afirmó tener más habilidad y soltura en la comunicación diaria y disfrutar más de las interacciones sociales tanto con conocidos como con extraños. Estas afirmaciones se vieron reflejadas de una forma más concreta en las puntuaciones obtenidas por la paciente en la EMES-M a los cinco meses de empezado el tratamiento. En la Figura 2 se puede ver la comparación de las puntuaciones en dicha escala en dos momentos: en el periodo de línea base, es decir, antes de la intervención, y a los cinco meses de comenzada ésta. Tenemos que señalar que la paciente mejoró en aquellas dimensiones en las que fue entrenada, mientras que en aquellas otras clases de conducta que no se habían incluido en el entrenamiento durante estos cinco

Figura 2

Representación gráfica de los resultados obtenidos por la paciente en la EMES-M en dos momentos: antes de la intervención (línea base) y a los cinco meses de haber empezado la misma.



Leyenda: Inc. Interac.= Iniciación de interacciones; Hab. Pub.= Hablar en público/ enfrentarse a superiores; Def. Der.= Defensa de los derechos del consumidor; Sent. Neg.= Expresión de molestia, desagrado, enfado; Sent. Pos.= Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto; Exp. Mol.= Expresión de molestia y enfado hacia familiares; Rechazo= Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto; Acep. Cum.= Aceptación de cumplidos; Sex. Op.= Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto; Hac. Cum.= Hacer cumplidos; Pre. Sen.= Preocupación por los sentimientos de los demás; Exp. Car.= Expresión de cariño hacia los padres.

meses no hubo mejoría. Tenemos que señalar igualmente que en algunas de las dimensiones evaluadas por la EMES-M la paciente tenía un nivel adecuado de funcionamiento y no requería modificaciones de las mismas (p.ej., expresión de cariño hacia los padres).

Otras medidas de evaluación utilizadas antes del tratamiento sirvieron para tener un panorama más claro de los problemas de la paciente y ayudaron al análisis funcional del problema, pero, como hemos indicado anteriormente, no se pasaron de nuevo a los cinco meses de haber empezado el tratamiento, que es cuando se elaboró este trabajo.

Discusión y conclusiones

En este trabajo hemos presentado el caso de una chica que cumplía los criterios del trastorno por ansiedad generalizada según el DSM-IV-TR (APA, 2000). El objetivo principal de este trabajo ha sido presentar el análisis funcional de un caso insistiendo en este procedimiento como un instrumento necesario para dirigir el tratamiento de un sujeto. La mejoría de la paciente ofrece indicios a favor del tratamiento elegido en virtud de las variables antecedentes y consecuentes manipuladas para producir el cambio en la conducta problema. Sin un análisis completo e individualizado de las variables mencionadas que hacen que se produzca y se mantenga la conducta objeto de cambio, no se habría elegido el tratamiento adecuado. Es probable que, conociendo el diagnóstico, se hubiera escogido un «paquete» de tratamiento más acorde con el diagnóstico según el DSM-IV-TR («trastorno por ansiedad generalizada»), ignorando otras variables funcionales del problema. Haynes y O'Brien (1990) encontraron, en un muestreo de casos publicados entre 1985 y 1988, que sólo un 20% de los tratamientos se basaba en un análisis funcional de la conducta, implicando una menor capacidad para responder a las diferencias individuales en detrimento de la eficacia del tratamiento.

McPartland y Richart (1966) realizaron un estudio con pacientes que fueron tratados en una clínica pública; se encontró que éstos mejoraron en sus síntomas clínicos, pero no en los problemas de su vida diaria. Los investigadores apuntaron que los problemas complejos del vivir que presentaron los pacientes en pocas ocasiones influían en las decisiones clínicas. Debemos tener en cuenta que raramente existe una forma universal de abordar todas las condiciones que sustentan una conducta problema. Siguiendo métodos más tradicionales, los investigadores o facultativos abordan la intervención por medio de paquetes de tratamiento ya establecidos en función de un determinado diagnóstico. Sin embargo, no suelen contar con que, por ejemplo, dos pacientes puedan presentar el mismo problema pero posiblemente los análisis funcionales de las mismas conductas en esas personas tengan notables diferencias en las variables causales identificadas. Por ello, lo que se debe hacer es una intervención detallada e individualizada con cada una de las hipótesis planteadas para cada caso y, por tanto, para cada una de las conductas problema. El análisis de la conducta intenta poner a disposición del terapeuta

información para definir los objetivos del cambio, reconocer las condiciones que mantienen la conducta alterada y seleccionar las técnicas para producir las modificaciones deseadas. La intervención basada en hipótesis constituye un intento de afrontar las dificultades inherentes al uso de ese tipo de tecnología. El terapeuta describe y define los problemas mediante un análisis de la situación del individuo y luego selecciona los métodos de tratamiento apropiados.

En nuestros días, el buen terapeuta debe formarse con el estudio, la investigación y la práctica clínica. Para tratar a un paciente ya no es suficiente la sensibilidad y la capacidad intuitiva; se hace necesario tener amplios conocimientos sobre los principios del comportamiento humano y la habilidad para emplearlos y utilizar las técnicas de evaluación y tratamiento adquiridas aplicándolas a problemas particulares. El procedimiento general que sigue el psicólogo clínico del comportamiento puede compararse con los pasos que normalmente sigue el psicólogo experimental. Éstos son los siguientes: *a)* reducir a términos claros y precisos el problema, *b)* diseñar los procedimientos operacionales para verificar las hipótesis formuladas en el primer apartado, *c)* llevar a cabo el tratamiento, *d)* analizar los datos, y *e)* evaluar los resultados. Siguiendo estos pasos podremos contestar preguntas acerca de qué procedimiento de terapia conductual es más eficaz para qué paciente concreto. Es la evaluación la que debe señalar, de alguna manera, cuál es el tratamiento más apropiado. Los métodos de evaluación tradicionales raramente conducen a la toma de decisiones sobre una estrategia de terapia comportamental, pues se necesitaría información acerca de los comportamientos problemáticos, las condiciones antecedentes de los mismos, las variables que los mantienen y la habilidad del paciente para observarse y reforzarse. Esta información es idiográfica y objetiva y va a orientar la intervención terapéutica.

Se concluye que el éxito de la intervención se debió principalmente a la utilización de técnicas fundamentadas en el análisis funcional de la conducta del sujeto y no a un paquete de tratamiento estándar basado en la etiqueta diagnóstica de la paciente. La eficacia del tratamiento en el caso presente constituye una prueba empírica a favor de la búsqueda de variables que provocan y mantienen la conducta problema. Confiamos que futuras generaciones de terapeutas de conducta se beneficien de la práctica y la habilidad necesarias para analizar los problemas siguiendo este enfoque.

Referencias

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición- Texto Revisado* (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.

Baer, D. M., Wolf, M. M. y Risley, T. R. (1968). Some currente dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91-97.

Caballo, V. E. (1993). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. *Psicología Conductual, 1,* 221-231.

Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª edición). Madrid: Siglo XXI.

Carr, E. G., Langdon, N. A. y Yarbrough, S. C. (2000). La intervención basada en hipótesis para tratar conductas problema severas. En A. C. Reep y R. H. Horner (dirs.), *Análisis funcional de problemas de la conducta* (pp. 9-29). Madrid: Paraninfo.

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. y Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 35-44.

Echeburúa, E., de Corral, P., García, E., Arrese, J. L., Borda, M., Echeverría, L., Elizondo, M., Ezpeleta, J. F., y Sauca, D. (1988). Interacciones entre la terapia de conducta (auto-exposición) y las benzodiacepinas en el tratamiento de la agorafobia sin crisis de angustia. Universidad del País Vasco, Proyecto de Investigación.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28,* 857-870.

Goldiamond, I. (1975). Alternate sets as a framework for behavioral formulation and research. *Behaviorism, 3*, 49-86.

Gresswell, D. M. y Hollin, C. R. (1992). Toward a new methodology oh making sense of case material: an illustrative case involving attempted multiple murder. *Clinical Behaviour and Mental Health, 2,* 329-341.

Hanley, G. P., Iwata,, B. A. y McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: a review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36,* 147-185.

Haynes, S. N. y O´Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 10*, 649-668.

Iwata, B. A., Vollmer, T. E. y Zarcone, J. R. (1990). The experimental (functional) analysis of behavior disorders: Methodology, application and limitations. En A. C. Repp y N. N. Singh (dirs.), *Perspectives on the use of non-aversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities* (pp. 301-330). Sycamore, IL: Sycamore Publications.

Kendall, P. C. y Chambless, D. L. (1998). Empirically supported psychological therapies [Special section]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 1-167.

Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression / Anxiety Stress Scales.* Sidney: Psychology Foundation of Australia.

Marinho, M. L., Caballo, V. E. y Silveira, J. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual, 11,* 135-161.

Mayfield, K. H. y Chase, P. N. (2002). The effects of cumulative practice on mathematics problem solving. *Journal of Applied Behavior Analysis, 35,* 105-123.

McPartland, T. S. y Richart, R. H. (1966). Social and clinical outcomes of psychiatric treatment. *Archives of General Psychiatry*, *14,* 179-184.

Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (dirs.) (1998). *A guide to treatments that work.* Nueva York: Oxford University.

Phillips, E. L. (1978). *The social skills basis of psychopathology,* Nueva York: Grune and Stratton.

Seligman, M. E. P. (1996). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50*, 965-974.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Macmillan.

Skinner, B. F. (1975). *Contingências de reforço: uma análise teórica.* São Paulo: Coleçao Os Pensadores, volume 51. (Orig.: 1969).

Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: Wiley.

Watson, D. y Friend, R. (1969). Measuremente of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33,* 448-445.