

El “ASSESSMENT” y la intervención psicológica (ASPECTOS TÉCNICOS, ÉTICOS Y METODOLÓGICOS)¹

Jorge Márquez Lozornio
Asesor de la Unidad UPN 094 D.F., Centro

Aunque una de las más recientes preocupaciones, tanto prácticas como metodológicas, en el escenario clínico de la psicología aplicada, ha sido el problema de la evaluación (o *assessment*, para evitar, por razones que se exponen a continuación, las dificultades de su traducción), todavía no ha sido acordado ni explícita ni implícitamente, el uso de este término, aunque suele suponerse que siempre se lo usa de la misma manera.

Al parecer, como en el '77 sugiere Ciminero, este término ha sido utilizado, aunque sin especificarlo, para referirse a alguno de los tres aspectos que en su opinión constituyen la evaluación, como son:

- 1.- Descripción del problema,
- 2.- Selección de una estrategia de tratamiento, y
- 3.- Evaluación del resultado del tratamiento.

Sin embargo, aunque este autor se percata de la diversidad de los usos de la palabra *assessment*, no agota la enumeración, ya que no es difícil encontrar otros procedimientos a los que se alude con el mismo nombre.

Para poner tan solo un ejemplo, tenemos a Kanfer y Saslow (1964), quienes agregan a su examen “diagnóstico” el de las condiciones bajo las cuales el comportamiento que requiere cambios fue adquirido, así como de los factores que lo mantienen actualmente; información que como ellos mismos anotan, aparte de su interés académico, proporciona sugerencias sobre la posible eficacia de un método de tratamiento específico.

Lo mismo que con ‘*assessment*’ ocurre con los nombres de los procedimientos a que se refiere, entre ellos ‘diagnóstico’ por ejemplo, que como es bien sabido se lo usa de manera diferente en la psicoterapia tradicional y en la modificación de conducta clínica.

¹ Trabajo preparado para presentarse en el **III Congreso Mexicano de Psicología Clínica**, en la mesa “Aportaciones metodológicas del análisis conductual aplicado a la psicología clínica”, el 22 de noviembre de 1980, en la ciudad de Guadalajara, Jal.

Para salvar esta confusión proponemos considerar a todos estos procedimientos no como tipos diferentes de evaluación, como al parecer ha ocurrido, sino como partes o fases de un mismo procedimiento general de evaluación, y evitar, por otra parte, los nombres con lo que han sido conocidos.

Partiendo de esto, es nuestra opinión que describiendo las diferentes fases del *assessment*, organizándolas en el orden en que ocurren, y explicando la naturaleza de su interacción; se describen, se organizan y se explican en su interacción las diferentes partes de todo el procedimiento terapéutico; surgiendo así a consideración, por otra parte, algunos aspectos de su carácter ético y metodológico.

Siendo el propósito del presente trabajo la fundamentación de lo anterior, a continuación se describen, sin entrar en detalles sobre sus características ni sobre sus problemas particulares, cada una de estas fases, subrayando más bien el lugar que les corresponde en el procedimiento total, su relación con las demás fases, y la importancia que tienen de acuerdo a los objetivos del procedimiento terapéutico del que forman parte.

LA PRIMERA FASE consiste en identificar la conducta problema y los factores de las que ésta es función, es decir, de identificar las variables dependientes e independientes, las cuales, a su vez, solamente se pueden advertir a través de un modelo teórico que señale qué factores son aquellos en los que se ha de fijar la atención.

I

Descripción del problema

Con el modelo freudiano por ejemplo, se observarán aspectos diferente de los que se observarían con un modelo conductual. Entre estos modelos conductuales tendríamos, para citar los más importantes, el de **S-R**² de Lindsley (1964), donde solamente se considera el estímulo exterior y la conducta que le sigue; el de Kanfer y Saslow de 1964, que considera **S-R-K-C**³, y que con **K** incluye contingencias (los programas de reforzamiento) y con **C** consecuencias; en 1970 Kanfer y Philips proponen el modelo de **S/O/R/K/C**⁴, agregando al anterior la **O** de organismo, que representa los eventos fisiológicos como estados de organismo, ritmos circadianos, cansancio y los efectos de los

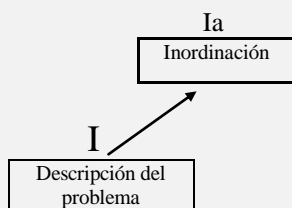
² Estímulo y respuesta.

³ Estímulo, respuesta, contingencias y consecuencias.

⁴ Estímulo, estados del organismo, respuesta, contingencias y consecuencias.

fármacos, además de la conducta mal llamada cognitiva, como pensamiento, imaginación y emociones. En el '74 Goldfried y Sprafkin suprimen la **K** del modelo anterior, dejando de tomar en consideración los programas. Ha de advertirse cómo cada modelo hace que sean relevantes unos datos mientras que otros no. Por último tendríamos el modelo de campo de Kantor, desarrollado en los últimos años por Ribes, López y Fernández Gaos, en el cual encontramos elementos como **fe** (función del estímulo), **fr** (función de la respuesta), **ed** (evento disposicional), y **mc** (medio de contacto, tanto físico como normativo).

Con alguno de estos modelos, pues, con el que hay, por otra parte, que comprometerse, se observan los aspectos relevantes del fenómeno conductual así como su forma de interactuar. Antes de continuar con la descripción de la segunda fase, se hace necesario describir otra fase de la evaluación a la que se le ha dado una importancia inmerecida.



Esta subfase, Ia, tradicionalmente conocida como “diagnóstico”, ha consistido, después de identificar un grupo de síntomas, en ponerles una etiqueta tomada de alguna clasificación reconocida -como la de la APA o la de la OMS-, dando como resultado, aparte de una explicación circular del fenómeno, la posibilidad de reportar la frecuencia relativa de cada una de las entidades patológicas.

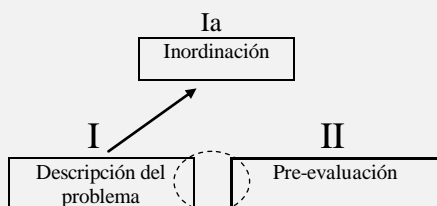
El efecto de esta fase de la evaluación tradicional en la modificación de conducta clínica ha sido la creación de algunas clasificaciones conductuales, entre las cuales la más utilizada, al parecer, es la de Kanfer y Grimm (1977).

Y asumido que en la naturaleza no hay nada clasificado, no es del todo inútil recordar aquí que las clasificaciones no son más que proposiciones de ordenar los eventos de cierta manera y de acuerdo a ciertos criterios, por lo que éstas no son verdaderas ni falsas, y que el criterio para su selección puede ser el de su utilidad para la consecución de algún propósito. ¿Pero, para que sirven las clasificaciones conductuales? Sin duda alguna son también una forma de etiquetación, aunque de una naturaleza diferente, y no pretenden una explicación causal (esto ya fue hecho en la primera fase); también permiten el

reporte estadístico, y pueden servir como una lista de áreas problemas a explorar en la primera fase de la evaluación, lo cual sí tendría alguna utilidad en el procedimiento clínico propiamente dicho. Sin embargo, hay que recordar con Morganstern, que a menudo mucha de la información obtenida por los terapeutas tradicionales es innecesaria, y que, como estimó Peterson, tres cuartas partes del material cubierto en entrevistas podría probablemente ser eliminado “sin ninguna pérdida para el paciente (ya que) sólo raramente tienen los datos convencionales algo que ver con el tratamiento” (1968).

Otra ventaja es que se pueden “sugerir” las metas y las estrategias de intervención, ya que un problema, por el hecho de llamarlo “exceso de ansiedad” por ejemplo, propone como meta su decremento, y como una opción terapéutica a la desensibilización sistemática. Sin embargo, para llegar a estas conclusiones -y suponiendo que se llegara a ellas- no se requiere de la utilización de ninguna clasificación, afirmándose, con esto, que las clasificaciones, al menos en la modificación de conducta clínica, tienen un lugar muy secundario, y que si tienen alguna utilidad -que sin duda la tienen-, no es para los aspectos puramente terapéuticos, ya que el usuario del servicio psicológico puede recibir el mismo beneficio de la terapia prescindiendo totalmente de la clasificación. Habría que agregar, por último, que a esta subfase de la primera fase se le puede llamar con toda propiedad fase de “inordinación”, ya que ésta es la actividad lógica que se realiza al ubicar algo en su lugar dentro de una clasificación ya establecida.

LA SEGUNDA FASE consiste en expresar en lenguaje cuantitativo el estado inicial de las variables encontradas en la primera fase, refiriéndose, por ejemplo a propiedades como frecuencia, latencia, intensidad, duración etc., dependiendo, por supuesto de lo que se quiera medir, y especialmente cuando éstas se consideran como el, o parte del, problema. Hay que subrayar que la relación entre esta segunda fase y la primera es circular, ya que esta fase de pre-evaluación, puede confirmar el diagnóstico, complementarlo o hacer notar sus errores, en cuyo caso hay que regresar a la primera fase para después reiniciar la segunda.



En algunas ocasiones, aunque las menos, este procedimiento es la única forma de ir precisando, gradualmente, por aproximaciones, el problema.

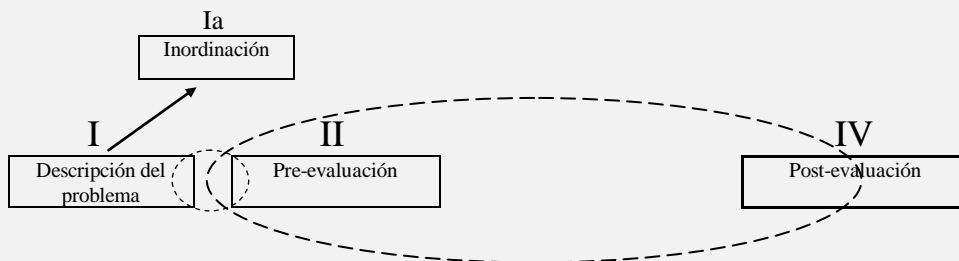
Los métodos de evaluación utilizados durante esta segunda fase dependen de lo que se quiere medir, de lo que se ha considerado como problema, y de los eventos con los que éste interactúa; además de una idea previa, aunque imprecisa, de las metas que se perseguirán. Y estos métodos pueden ser cualquiera de los utilizados en la evaluación y que pueden dividirse en tres: 1º Auto-reporte, subdividido a su vez en: entrevistas conductuales, encuestas e inventarios, y automonitoreo; 2º Observación conductual directa, que puede ser en ambientes naturales o en ambientes análogos, y 3º Registros fisiológicos.

Desde este momento es necesario, como ya se apuntó, proponer -aunque tentativamente, de avanzada-, las metas que se espera conseguir, por que esta pre-evaluación, aparte de retroalimentar a la fase anterior, tiene que estar en relación directa con la medición de las metas, a la que le servirá de punto de comparación. Conviene destacar aquí la compleja relación entre estas fases y la conveniencia de formular el problema en términos de que su negación sea la solución esperada. Otro aspecto importante es que se mida la conducta, preferentemente, en el lugar en el que se espera que cambie, ya que es difícil garantizar que el cambio en el ambiente clínico se generalizará al ambiente natural.

La literatura sobre el problema particular, que debe comenzar a revisarse y actualizarse una vez que éste ha sido propuesto, suele indicar los aspectos que deben evaluarse, los métodos que pueden emplearse, así como los tiempos necesarios de pre-evaluación.

De los métodos de evaluación que se enumeraron anteriormente la primera fase utiliza principalmente la entrevista, aunque pueden ser utilizados todos éstos métodos, empleando, en un ejemplo extremo, todos los esquemas de entrevista existentes, explorando todas las áreas problema señaladas en las diferentes clasificaciones, así como aplicando todos los tests e inventarios de los que se tenga noticia, pasándole lista, por así decirlo, a todo. Lo que se quiere evidenciar es que ningún método de evaluación es privativo de ninguna fase, y que en cada una pueden utilizarse varios de ellos, pero únicamente los necesarios para obtener la información que se va considerando relevante, con el propósito de obtener un análisis funcional completo de la conducta problema. Por supuesto, es la experiencia lo que permite formular hipótesis sobre qué y cómo evaluarlo.

LA CUARTA FASE requiere de la determinación de las metas terapéuticas y consiste en la especificación de “criterios de éxito”. Esta ha sido una fase descuidada tanto en la práctica clínica como en la investigación aplicada, y cuando se la ha considerado no ha habido coincidencia respecto a los criterios de éxito que se proponen, haciendo difícil la comparación entre estudios de resultados similares.



Su ventaja es que describe con objetividad cuáles son las metas y por lo mismo permite saber cuándo suspender el tratamiento, suponiendo, claro, que durante el procedimiento terapéutico no haya aparecido ningún problema nuevo; y no dejar la decisión de mejoría a la apreciación subjetiva del usuario y del terapeuta, que da como resultado, por lo general, tratamientos muy prolongados al estilo de la psicoterapia tradicional.

Es claro que en la especificación de criterio de éxito es de valor inapreciable la literatura sobre el problema que puede indicar, además, el tiempo requerido en esta fase.

La especificación de criterios de éxito es la fase más importante del procedimiento terapéutico, ya que a diferencia de la terapéutica basada en el modelo médico, la sola identificación del problema no señala cuál es la meta que se debe conseguir, sino que esto debe ser resultado de una decisión de manera conjunta más o menos bien fundamentada,⁵ que propicia, en sentido inverso, la reformulación del problema. Y esta decisión implica un examen minucioso de lo que será lo mejor para el paciente y no para los gustos personales del terapeuta. Es evidente que la palabra “mejor” sólo representa un acto de valoración, sin embargo en este contexto ha de entenderse como lo que puede procurar a la persona una mayor cantidad de consecuencias positivas y una menor de las negativas, lo cual es, en última instancia, comprobable. En términos muy generales a este comportamiento del terapeuta, controlado por el aumento de las consecuencias reforzantes y la disminución de las aversivas a su

⁵ Encontramos en esto la razón por la que Ciminero escribe que “no hay un modelo general que ayude a seleccionar una estrategia de tratamiento apropiada”, ya que se necesita primero una decisión de lo que se quiere conseguir.

paciente, es a lo que le podemos llamar comportamiento ético (quizá porque sea el que será aprobado por su comunidad profesional). Por estas razones, ésta es la fase más importante, ya que el implementar las técnicas terapéuticas no requiere más que seguir las instrucciones relativamente sencillas de los manuales confeccionados exprofeso.

Esta fase implica pues, un conocimiento general, por un lado, de la ciencia contemporánea, que ayude a dar la información necesaria para tomar decisiones en casos como los siguientes: quitarle a un transvestista su comportamiento transvestista o la ansiedad que éste le provoca; mejorar la interacción de una pareja o separarla sin problemas emocionales; convencer a la señora de que siga teniendo los hijos que su esposo ordena o convencer a éste de lo contrario.

Y esta fase implica por otro lado, un compromiso con el cambio social. No hay que olvidar que las personas que vienen a tratamiento psicológico son regresadas, cambiadas, a su sociedad.

Así, la psicoterapia, es otra instancia de control social que se espera tenga la misión de regresar “normales” a los miembros que la sociedad decide que se han apartado de la norma. Y se lo puede regresar, como le gustaría hacer a Albert Ellis,⁶ de tal manera que las cosas sigan como están, anquilosando, por ejemplo, los valores sexuales; o se le puede regresar de alguna manera que contribuya, aunque en pequeña medida, al cambio social. Esto, como se puede inferir, requiere, además de los conocimientos de la ciencia de nuestro siglo, una información amplia de los problemas sociales, y de lo que se suele llamar “compromiso social”. Y como ejemplo pueden ser considerados también los anteriores.

Como no en todos los casos sabe el terapeuta qué determinación tomar para la seleccionar lo “mejor” para su paciente, quizá la solución sea el consenso de su comunidad profesional.

Una subfase de esta cuarta fase: IVa, consiste en seguir registrando para tener la certeza de que el cambio es permanente o, para decirlo con otras palabras, de que queda bajo el control de situaciones naturales. Hay que señalar aquí que el mantenimiento de los repertorios nuevos ha sido hasta el momento el principal problema técnico y teórico de la modificación de conducta clínica.

⁶ Comunicación personal, 12 de mayo de 1978.



En esta subfase se trata, con ayuda de la literatura pertinente, y de la experiencia del terapeuta, de especificar criterios de recaída (para saber cuándo hay que reiniciar el tratamiento), la duración de esta subfase, el método de la obtención de la información y la frecuencia regular o decreciente con que debe hacerse. Hay que agregar que la gran mayoría de estudios aplicados carecen de esta fase, que hay poca investigación, y que en la práctica profesional es casi inexistente.

Finalmente, esta cuarta fase es planeada antes de planear la tercera, pero implementada sólo después que ésta ya lo fue.

LA TERCERA FASE consiste en la selección de los medios necesarios (estrategias de intervención) para conseguir las metas que ya fueron planeadas. Es por esto que, aunque se implemente antes que la cuarta fase, debe planearse después; además ésta es una forma de evitar que la preferencia por o la experiencia con una terapia determine el problema y las formas de realizar las fases anteriores.⁷



Así, alguien que tenga habilidad especial para entrenamiento asertivo, es probable que desde que su paciente entra lentamente al consultorio decida que su problema es un *déficit de habilidades sociales*. En un ejemplo muy claro, un adolescente se queja de lo superficial de la plática de sus compañeros, de que sus intereses se reducen a jugar *foot ball* y a bailar el ritmo de moda, mientras

⁷ Es por esto que señala Ciminero que “dependiendo de cómo sea evaluado el problema, se seleccionarían diferentes estrategias de tratamiento” (1977).

que a él lo que le gustaría -pero que no hace- es ir frecuentemente a ver “buen” cine y leer muchos libros de arte y de filosofía. Visto a través, por ejemplo, de la terapia racional emotiva (TRE), el problema estaría en lo que el sujeto se dice a sí mismo con respecto a la situación, como que está mal, que es insoportable, que debería ser de otra manera, etc., y por lo mismo la meta sería que el sujeto aceptara esa situación sin responder con ansiedad, y el tratamiento consistiría en, una vez identificados todos los pensamiento generadores de ansiedad, llamarlos ‘irracionales’ y cambiarlos por otros que sean “racionales”. O si el autor de este texto quisiera probar su técnica que, en oposición a la de detención del pensamiento⁸ -sugerida inicialmente por Bain-, llamó “aceleración del pensamiento”, podría considerar que el problema es no la irracionalidad ni su ocurrencia, sino la respuesta de ansiedad que algunos pensamientos le provocan, y el tratamiento consistiría no en su cambio ni en su eliminación, sino al contrario, en su repetida presentación hasta que la ansiedad que provocan terminara por extinguirse. Por supuesto que ésta es sólo otra posibilidad más, pero tampoco la última, ya que se podría también decir que su problema es un *déficit de habilidades específicas*, como bailar y jugar *foot ball*, que la meta sería que bailara y jugara *foot ball*, y la terapia implicaría el entrenamiento apropiado para conseguirlo. También se podría ver el problema como un *repertorio conductual limitado* debido al restringido rango de reforzadores, la meta podría ser que fuera con determinada frecuencia a la Cineteca y cineclubs y que leyera libros de Sartre y de Camus, y el medio podría ser un simple consejo de cambio de ambiente a otro que hiciera más probable este comportamiento. Y éstas son sólo tres posibilidades más.

Una vez seleccionada la terapia, ayudándose, de nuevo, de resultados empíricos, se planean los diferentes aspectos de su implementación.

Como la meta es siempre procurar lo mejor para el usuario del servicio psicológico, se debe considerar como buena o valiosa la técnica que lo consiga, incluso cuando eventualmente pudiera requerir de algún tratamiento aversivo.⁹ Por lo mismo se debe considerar bueno también, en su implementación, el tomar en cuenta todas las variables posibles de cada situación particular, de tal manera que al paciente se le presente el menor grado posible de estimulación aversiva. Por ejemplo, se debería considerar bueno el crear estados de privación, el privar de la libertad o incluso el castigar, cuando esta estimulación redujera fuentes mayores de aversión. Y esto siempre, por supuesto, después de

⁸ “*Thought stopping*”, propuesta por Alexander Bain en 1928 y retomada por Taylor primero y luego por Wolpe en 1969.

⁹ El ardor producido por el Merthiolate, el mal sabor de los medicamentos y sus efectos secundarios, y la agresión que implica la cirugía son algunos ejemplos de su equivalente en la práctica médica.

haberlo puesto a su consideración. En algún caso puede ser menor la estimulación aversiva del castigo que aquélla que le provocaría en su economía un tratamiento positivo largo.

Sin embargo, incluso cuando se utilizara alguna terapia aversiva, deben evitarse al paciente fuentes ajenas de estimulación aversiva a las del propio procedimiento terapéutico, y que procuran reforzadores adicionales al terapeuta, como alargar la terapia para cobrar más o alabar al paciente para obtener regalos. O incluso aquellas que no tienen consecuencias reforzantes materiales para el terapeuta, pero sí aversivas para el paciente, como la divulgación de su problema.

Un factor de menor importancia en la selección del tratamiento es -ya se dijo esto cuando se habló de las clasificaciones- la sugerencia que de éstas se puede obtener al respecto por el solo hecho de inordinar.

Tenemos, por otro lado, el registro de la evolución del caso, que ha sido considerado también como una forma de evaluación, y nosotros para darle un lugar podríamos ubicar aquí como una subfase IIIa de esta tercera fase.

Un aspecto que no fue considerado por la falta de datos al respecto, pero que se menciona para completar el panorama y para ser comentado en caso de que sea de su interés, es el relacionado a los efectos que las características personales del terapeuta ejercen en el resultado.

Para terminar quisiéramos reiterar que fueron presentadas las fases diferentes del *assessment* y su forma de interactuar sólo en sus aspectos más generales, ya que sus formas específicas son realmente complejas y dependen, aparte del modelo teórico del que se parta, de las características específicas de cada caso particular. Y quisiéramos agregar, dada nuestra conceptualización del *assessment*, que todo buen trabajo terapéutico depende en una gran medida de un buen procedimiento de evaluación. O para decirlo de otra manera, que hacer terapia es, casi en su totalidad, implementar procedimientos de evaluación.

BIBLIOGRAFÍA:**CIMINERO,**

(pendiente).

GOLDFRIED, M. R. y J. N. Sprafkin.

1974 Behavioral personality assessment.

Morristown, N. J.: General Learning Press, 1974.

KANFER, F. H. y J. S. Philips.

1970 Learning foundations of behavior therapy.

New York: Wiley, 1970.

KANFER, Frederick H. y Laurence J. Grimm.

1977 Behavioral analysis.

(Selecting target behaviors in the interview).

Behavior Modification, Vol. 1 N° 1, January 1977.

KANFER, Frederick H. y George Saslow.

(pendiente).

MORGANSTERN,

(pendiente).

PETERSON, D. R.

1968 The clinical study of social behavior.

New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.

RIBES, Emilio, Francisco López y Carlos Fernández Gaos.

1980 Teoría de la conducta.

En: Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología.

Un modelo integral.

Trillas: México, 1980.