

# Análisis Conductual

*Una alternativa a la clasificación diagnóstica*

FREDERICK H. KANFER, PhD, AND GEORGE  
SASLOW, MD, PORTLAND, ORE<sup>1</sup>

Durante la última década los ataques a los diagnósticos psiquiátricos convencionales han sido tan generalizados que muchos clínicos ahora usan etiquetas diagnósticas con moderación y en tono de disculpa. La adherencia sostenida a los términos nosológicos del esquema clasificatorio tradicional sugiere alguna utilidad de la presente clasificación de los trastornos de la conducta, a pesar de su aparente baja fiabilidad<sup>1,21</sup>, su valor pronóstico limitado<sup>7,26</sup>, y sus múltiples debilidades respecto a sus asunciones de soporte. En un estudio reciente de este problema, se compararon los patrones de síntomas de esquizofrénicos paranoides cuidadosamente diagnosticados. Katz et al<sup>12</sup> encontraron una considerable divergencia entre los pacientes con el mismo diagnóstico y concluyeron que "los sistemas de diagnóstico más circunscriptos en su intención, como por ejemplo, los basados en el comportamiento manifiesto por sí solo, en lugar de los sistemas que tratan de comprender la etiología, patrones de síntomas y el pronóstico, puede más directamente aplicables a los problemas actuales de la investigación en psiquiatría "(p202).

Nos proponemos aquí examinar algunas fuentes de insatisfacción con el actual enfoque de diagnóstico, para describir un marco para un análisis del comportamiento de los pacientes individuales que implica tanto sugerencias para el tratamiento como criterios de resultados para el

caso individual, y para indicar las condiciones de recogida de los datos para un análisis de este tipo.

## I. Problemas en los sistemas de diagnóstico actuales

Numerosas críticas se ocupan de la consistencia interna, la explicitación, la precisión y la fiabilidad de las clasificaciones psiquiátricas. Nos parece que la falla más importante radica en nuestra falta de conocimientos suficientes para categorizar el comportamiento a lo largo de las dimensiones pertinentes que permitan la predicción de las respuestas al estrés social, crisis vitales, o el tratamiento psiquiátrico. Esta limitación evita cualquier cosa menos una aproximación cruda y tentativa a una taxonomía de los comportamientos individuales eficaces.

Zigler y Phillips,<sup>28</sup> discutiendo la necesidad de un adecuado sistema de clasificación, sugieren que un sistema cerrado de diagnóstico orientado etiológicamente es prematuro. En cambio, creen que es necesario un ataque empírico, utilizando "síntomas, ampliamente definidos como conductas significativas y discernibles, como la base del sistema de clasificación " (p 616). Pero los síntomas como una clase de respuestas se definen, después de todo, sólo por su valor de molestia para el entorno social del paciente o para sí mismo como un ser social. También son notoriamente muy poco confiables para predecir la historia etiológica particular del paciente o su respuesta al tratamiento. Un enfoque alternativo yace en el intento de identificar clases de variables dependientes en el comportamiento humano que permitan inferencias sobre los factores de control particulares, los estímulos sociales, los estímulos fisiológicos, y los estímulos de refuerzo, de las cuales son función. En el presente estado del arte de pronóstico psicológico, parece más razonable desarro-

---

<sup>1</sup>Arch Gen Psychiat – Vol 12 June, 1965  
Traducción Fabián Maero

llar un programa de análisis que esté estrechamente relacionado con el tratamiento posterior. Un esquema de clasificación que implique un programa para el cambio de comportamiento es uno que ofrecería no sólo utilidad sino también potencial para la validación experimental.

Por tanto, la tarea de la evaluación y el pronóstico puede ser reducida a los esfuerzos por responder a las siguientes tres preguntas : (a) qué patrones de comportamiento requieren un cambio, ya sea en su frecuencia de ocurrencia , su intensidad, su duración o en las condiciones en que se producen, (b) ¿cuáles son los mejores medios prácticos que pueden producir los cambios deseados en este individuo (manipulación del medio ambiente , de la conducta , o las actitudes de sí mismo del paciente ) , y (c) qué factores los están manteniendo en la actualidad y cuáles fueron las condiciones bajo las cuales se adquirió este comportamiento. La investigación de la historia de la conducta problemática sería sólo principalmente de interés académico, excepto porque aporta información acerca de la eficacia probable de un método de tratamiento específico.

*Expectativas de los sistemas de diagnóstico actuales* - En la medicina tradicional, la emisión de un diagnóstico sobre un paciente a menudo se ha visto como un requisito previo esencial para el tratamiento, debido a un diagnóstico sugiere que el médico tiene algún conocimiento sobre el origen y el curso futuro de la enfermedad. Más aún, el diagnóstico en la medicina con frecuencia une el conocimiento acumulado sobre el proceso patológico que conduce a la manifestación de los síntomas, y las experiencias que otros han tenido en el pasado tratando pacientes con tal enfermedad. La medicina moderna reconoce que cualquier enfermedad en particular no necesita tener una sola causa o

siquiera un pequeño número de condiciones antecedentes. Sin embargo, la etiqueta de diagnóstico trata de definir al menos las condiciones necesarias que son más relevantes en la consideración de un programa de tratamiento. Algunos sistemas de clasificación diagnóstica también tienen un valor incalculable como base de muchas decisiones sociales que involucran a poblaciones enteras. Por ejemplo, la planificación de instalaciones de tratamiento, los esfuerzos de investigación y los programas educativos consideran las frecuencias de distribución de síndromes específicos en la población general.

Ledley y Lusted<sup>14</sup> dan una excelente concepción del modelo tradicional en la medicina a través de un análisis del razonamiento subyacente. Los autores diferencian entre un complejo de enfermedad y un complejo de síntomas. Mientras que el primero describe procesos patológicos conocidos y sus señales correlacionadas, el último representa signos particulares presentes en un paciente en particular. El puente entre los complejos de enfermedad y de síntomas es proporcionado por el conocimiento médico disponible y el diagnóstico final es equivalente a identificar el complejo de enfermedad. Sin embargo, las brechas existentes en el conocimiento médico requieren el uso de enunciados de probabilidad al relacionar la enfermedad y los síntomas, admitiendo que hay alguna posibilidad de error en el diagnóstico. Una vez establecido el diagnóstico, las decisiones sobre el tratamiento todavía dependen de muchos otros factores, como las condiciones sociales, morales y económicas. Ledley y Lusted<sup>14</sup> por lo tanto, separan el diagnóstico clínico en un proceso de dos pasos. Un procedimiento estadístico es sugerido para facilitar el primario, o proceso de etiquetado diagnóstico. Sin embargo, la elección del tratamiento depende no sólo de un diagnóstico apropiado. Las decisiones de trata-

miento también son influenciadas por las condiciones morales, éticas, sociales y económicas de cada paciente, su familia y la sociedad en la que vive. La asignación adecuada del peso que debe darse a cada uno de estos valores debe, en el último análisis, dejarse a criterio del médico (Ledley y Lusted<sup>14</sup>).

El modelo de Ledley y Lusted asume métodos disponibles para la observación de la conducta relevante (el complejo de síntomas), y algún conocimiento científico que lo relacione a los antecedentes o correlatos conocidos (el proceso de enfermedad). Las teorías contemporáneas de la conducta patológica todavía no proporcionan directivas adecuadas para el observador que sugieran lo que ha de ser observado. De hecho, Szasz<sup>25</sup> ha expresado la opinión de que el modelo médico podría ser totalmente inadecuado porque la psiquiatría debería ocuparse de los problemas de la vida y no de enfermedades del cerebro o de otros órganos biológicos. Szasz<sup>25</sup> sostiene que " la enfermedad mental es un mito, cuya función es disfrazar y así hacer más digerible la amarga píldora del conflicto moral en las relaciones humanas " (p 118). El ataque contra el uso del modelo médico en psiquiatría proviene de muchas frentes. Scheflen<sup>23</sup> describe un modelo de psiquiatría somática que es muy similar al modelo médico tradicional de la enfermedad. Un proceso patológico resulta en la aparición de una enfermedad; los síntomas están relacionados con un estado patológico y representan nuestra evidencia de "enfermedad mental". El tratamiento consiste en la eliminación del patógeno, y el estado de salud es así restaurado. Scheflen sugiere que este modelo médico tradicional se utiliza en la psiquiatría no sobre la base de su adecuación sino debido a su atractivo emocional.

Las limitaciones del modelo somático se han discutido incluso en algunas áreas de la medicina en las cuales el modelo parecería más apropiado. Por ejemplo, en la nomenclatura para el diagnóstico de las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, el comité de criterios de la New York Heart Association<sup>17</sup> sugiere el uso de múltiples criterios para las enfermedades cardiovasculares, incluyendo una declaración de la capacidad funcional del paciente. El comité sugiere que la capacidad funcional se "... estime evaluando la capacidad del paciente para realizar actividad física " (p 80), y decidida en gran parte por inferencia a partir de su historia. Además,<sup>17</sup> "... no debería estar influenciada por el carácter de la lesión estructural o por una opinión en cuanto al tratamiento o pronóstico " (p 81). Este enfoque, deja claro que una evaluación completa de un paciente, independientemente de la enfermedad física que sufre, también debe tener en cuenta su eficacia social y las formas particulares en que los factores fisiológicos, anatómicos y psicológicos interactúan para producir un patrón de comportamiento en particular en un paciente individual.

*Diagnóstico múltiple.* - Una solución práctica ampliamente utilizada como elusión de la dificultad inherente a la aplicación del modelo médico a un diagnóstico psiquiátrico es ofrecida por Noyes y Kolb.<sup>18</sup> Ellos sugieren que el clínico construya una formulación diagnóstica que conste de tres partes: (1) Un diagnóstico *genético* que incorpora los factores constitucionales, somáticos y factores histórico-traumáticos que representan las fuentes principales o determinantes de la enfermedad mental; (2) Un diagnóstico *dinámico* que describe los mecanismos y técnicas inconscientemente utilizados por el individuo para manejar la ansiedad, mejorar la autoestima, es decir, que trace los procesos psicopatológicos; y (3) un diagnóstico *clínico*

que transmita connotaciones útiles acerca del síndrome de reacción, la evolución probable de la enfermedad, y los métodos de tratamiento que muy probablemente resultarían beneficiosos. Los múltiples criterios de Noyes y Kolb 18 se pueden organizar en tres dimensiones más simples de diagnóstico que podrían tener algún valor práctico para el clínico: (1) etiológica, (2) conductual, y (3) predictiva. El tipo de información que transmite cada tipo de etiqueta diagnóstica es algo diferente y adaptado específicamente para el propósito para el cual se utiliza el diagnóstico. El enfoque de triple etiqueta intenta contrarrestar las críticas dirigidas a la utilización de cualquier sistema de clasificación único. La confusión en un sistema único se debe en parte al hecho de que una formulación diagnóstica destinada a describir el comportamiento actual, por ejemplo, puede resultar inútil para predecir la respuesta a un tratamiento específico, o para predecir retrospectivamente la historia y el desarrollo personal del paciente, o para permitir la recogida de datos de frecuencia en poblaciones hospitalarias.

*Clasificación por Etiología.* - El sistema kraepeliniano y algunos fragmentos de la clasificación 1952 de la APA enfatizan factores etiológicos. Ellos comparten la hipótesis de que factores etiológicos comunes conducen a síntomas similares y responden a un tratamiento similar. Esta dimensión del diagnóstico es mucho más fructífera cuando se trata de trastornos de la conducta que se encuentran principalmente bajo el control de alguna condición biológica. Cuando se conoce que un paciente padece de una ingesta excesiva de alcohol, su comportamiento alucinatorio, falta de coordinación motora, juicio pobre, y otra evidencia de desorganización comportamiento a menudo puede ser relacionada directamente a una condición antecedente tal como el efecto tóxico del alcohol so-

bre el sistema nervioso central, hígado, etc. En estos casos, la clasificación según la etiología también tiene algunas implicaciones para el pronóstico y el tratamiento. Las alucinaciones agudas y otros comportamientos desorganizados debido al alcohol suelen desaparecer cuando el nivel de alcohol en la sangre baja. Ejemplos similares se pueden extraer de cualquier clase de trastornos conductuales en la que un cambio en el comportamiento se asocia principal o exclusivamente con un solo factor antecedente *particular*. En estas condiciones, este factor puede ser llamado un patógeno y la situación se aproxima estrechamente a la condición descrita por el modelo médico tradicional.

La utilización de esta dimensión como una base para el diagnóstico psiquiátrico, sin embargo, tiene muchos problemas, al margen de lo infrecuente que es que una condición específica tenga una relación demostrada directa y "causal" con un patógeno. Entre las áreas actuales de la ignorancia en el campo de la psicología y la psiquiatría, la etiología de la mayoría de los trastornos comunes probablemente ocupe el primer lugar. No se ha hallado que ningún entorno familiar específico, ninguna experiencia traumática dramática ni anormalidad constitucional conocida se traduzcan en un mismo patrón de conducta desordenada. Si bien los esfuerzos de investigación actuales se han orientado a la investigación de los patrones familiares de los pacientes esquizofrénicos y varios estudios sugieren una relación entre el comportamiento de la madre y un proceso esquizofrénico en el niño, 10 no es del todo claro por qué la presencia de estos mismos factores en otras familias no arroja una incidencia similar de esquizofrenia. Más aún, los pacientes pueden mostrar un comportamiento diagnosticado como esquizofrénico cuando no hay evidencia de la relación madre-hijo postulada.

En un artículo reciente Meehl<sup>16</sup> postula la esquizofrenia como una enfermedad neurológica, con contenidos aprendidos y una base de disposición. Con este conjunto de factores etiológicos interactivos, es evidente que la dimensión etiológica como clasificación resultaría en el mejor de los casos en un sistema extremadamente engorroso, y en el peor en un uno inútil.

*Clasificación por Síntomas.* - Un diagnóstico clínico a menudo es un enunciado que resume la forma en que una persona se comporta. En el supuesto de que una variedad de comportamientos están correlacionados y son consistentes en cualquier individuo dado, se hace más económico asignar al individuo a una clase de personas que enumerar y clasificar todos sus comportamientos. La utilidad de un sistema de este tipo se basa en gran medida en la disponibilidad de evidencia empírica relativa a las correlaciones entre los diversos comportamientos (relaciones respuesta-respuesta), y el supuesto, además, que la frecuencia de ocurrencia de tales comportamientos es relativamente independiente de las condiciones de estímulo y refuerzo específicas. Hay dos limitaciones importantes para un sistema de este tipo. La primera es que el diagnóstico por síntomas, como hemos indicado en una sección anterior, muchas veces es engañoso porque implica factores etiológicos comunes. Freedman<sup>7</sup> da un excelente ejemplo de las diferencias tanto en los factores antecedentes probables y la respuesta al tratamiento posterior en tres casos diagnosticados como esquizofrénicos. Los pacientes de Freedman fueron diagnosticados por al menos dos psiquiatras, y uno esperaría que el enfoque tradicional debiera resultar en el tratamiento de la esquizofrenia que sea que se practique en el lugar en donde se ven los pacientes. El primer paciente con el tiempo mostró creciente evidencia de una endocrinopatía, y cuando esto se

reconoció y fue tratado, los síntomas psicóticos entraron en remisión. El segundo caso tenía una historia sólida de crisis epilépticas y una medicación anticonvulsiva adecuada fue eficaz en el alivio de sus síntomas. En el tercer caso, el tratamiento dirigido a un análisis descubierto de las técnicas de adaptación del paciente resultó en una mejora considerable en la conducta del paciente y el subsiguiente alivio de episodios psicóticos. Freedman<sup>7</sup> sugiere que la esquizofrenia no es una enfermedad en el sentido de que tiene una etiología única, patogenia, etc., sino que representa la evocación de una vía final común en el mismo sentido que el dolor de cabeza, epilepsia, dolor de garganta, o de hecho cualquier otro complejo de síntomas. Más aún, se sugiere que el término "esquizofrenia ha dejado de ser útil y debe ser desechado" (p.5). Opler<sup>19, 20</sup> ha puesto de manifiesto la importancia de los factores culturales en la divergencia de los síntomas observados en pacientes colectivamente etiquetados como esquizofrénicos.

La clasificación descriptiva no siempre es tan engañosa, sin embargo. La evaluación del rendimiento intelectual a veces da lugar a una declaración de diagnóstico que tiene valor predictivo para la conducta del paciente en la escuela o en un trabajo. Hasta la fecha, parece que hay muy pocas afirmaciones generales sobre las características individuales, que tengan tanta utilidad predictiva como el coeficiente intelectual.

Una segunda limitación es que el enfoque actual para el diagnóstico por síntomas tiende a centrarse en un grupo de comportamientos que a menudo es irrelevante con respecto al patrón total de la vida del paciente. Estos comportamientos pueden ser de interés sólo porque son popularmente asociados con la desviación y el desorden. Por ejemplo, delirios leves ocasiona-

les interfieren poco o nada en absoluto con la eficacia social o laboral de muchos pacientes ambulatorios. Sin embargo, la admisión de su aparición es a menudo suficiente para un diagnóstico de la psicosis. Pareciera posible el refinamiento de este enfoque más allá del uso actual, como se muestra por ejemplo en Lorr et al<sup>15</sup>, pero esto no remueve las limitaciones anteriores.

La utilización de un enfoque descriptivo de síntomas centra con frecuencia la atención sobre los subproductos de patrones de comportamiento más amplios, y resulta en intento de tratamiento de conductas (síntomas) que pueden ser simples consecuencias de otros aspectos importantes de la vida del paciente. El énfasis en las quejas subjetivas, estados de ánimo y los sentimientos del paciente tiende a fomentar el uso de una clasificación basada en síndromes. También desemboca frecuentemente en esfuerzos para cambiar los sentimientos, ansiedades y estados de ánimo (o, al menos, el informe del paciente acerca de ellos), en lugar de investigar las condiciones de vida, las reacciones interpersonales y factores ambientales que producen y mantienen estos patrones de respuesta habituales.

*Clasificación por pronóstico.* - Hasta la fecha, el menor de los esfuerzos se ha dedicado a la construcción de un sistema de clasificación que asigna a los pacientes a una misma categoría sobre la base de su respuesta a tratamientos específicos similares. La pregunta apropiada que se plantea para un sistema de clasificación de este tipo consiste en la manera en que un paciente va a reaccionar a un tratamiento, independientemente de su comportamiento actual o de su historia pasada. Los numerosos estudios que tratan de establecer signos pronósticos en tests proyectivos de la personalidad

o tests somáticos representan esfuerzos para categorizar a los pacientes en esta dimensión.

Windle<sup>26</sup> ha llamado la atención sobre el bajo grado de previsibilidad ofrecida por los tests de personalidad (proyectivos), y ha señalado las dificultades encontradas al evaluar la investigación en esta área debido a la descripción inadecuada de la población muestreada y los requisitos de mejoría. En una revisión posterior Fulker y Barry<sup>8</sup> llegaron a la misma conclusión que el rendimiento en tests psicológicos es un pobre predictor de resultados en enfermedad mental. Ellos sugieren que las variables demográficas, tales como la gravedad, duración, gravedad inicial, grado de estrés inicial, etc., parecen tener relaciones más fuertes con el resultado que los datos de los tests psicológicos. La falta de relaciones fiables entre las categorías diagnósticas, datos de tests, variables demográficas, u otras mediciones sobre el paciente, por una parte, y la duración de la enfermedad, la respuesta a un tratamiento específico o el grado de recuperación, por otra parte, excluyen la construcción de un marco empírico simple para un sistema de clasificación de diagnóstico-pronóstico basado sólo en una serie de síntomas.

Ninguna de las dimensiones que se utilizan actualmente para el diagnóstico está directamente relacionada con métodos de modificación de la conducta, actitudes, patrones de respuesta, y acciones interpersonales de un paciente. Dado que el modelo etiológico subraya claramente factores causales, es mucho más compatible con una teoría de la personalidad que hace especial hincapié en factores genéticos y de desarrollo. La clasificación por síntomas facilita las decisiones socio-administrativas sobre los pacientes, proporcionando una base para juzgar el grado de desviación de las normas sociales y

éticas. Tal clasificación es compatible con una teoría de la personalidad basada en la hipótesis de la curva normal y se ocupa de la caracterización por medio de la comparación con un promedio ficticio. El enfoque de pronóstico predictivo parece tener la aplicabilidad práctica más directa. Si la investigación sostenida apoyara ciertos hallazgos iniciales, sería en verdad reconfortante poder predecir el resultado de la enfermedad mental según el puntaje de competencia social pre-mórbido de un paciente,<sup>28</sup> o según la puntuación del paciente en una escala de fortaleza del yo,<sup>4</sup> o de muchos de los otros signos y variables individuales que han demostrado tener algunos poderes de predicción. Es lamentable que estos poderes de predicción se disipen frecuentemente al realizar una validación cruzada. Como Fulkerson y Barry han indicado,<sup>8</sup> los predictores únicos no han mostrado mucho éxito.

## II. Un enfoque funcional (analítico-conductual)

La creciente literatura sobre los procedimientos de modificación de conducta derivados de la teoría del aprendizaje<sup>3, 6, 11, 13,27</sup> sugiere que un procedimiento de diagnóstico eficaz sería aquel en el que los métodos terapéuticos eventuales pudieran estar directamente relacionados con la información obtenida a partir de una evaluación continua de los comportamientos actuales del paciente y los estímulos que la controlan. Ferster<sup>6</sup> ha dicho "... un análisis funcional de la conducta tiene la ventaja de que especifica las causas de la conducta en forma de eventos ambientales explícitos que se pueden identificar con objetividad y que son potencialmente manipulables" (p.3). Una propuesta tal de diagnóstico asume que una descripción de la conducta problemática, sus factores de control, y los medios por los que se pueden cambiar son las "explicaciones" más adecuadas. Más aún, asume

que una evaluación diagnóstica nunca está completa. Esto implica que la información adicional sobre las circunstancias del patrón de vida del paciente, las relaciones entre sus comportamientos y estímulos que controlan en su entorno social y su experiencia privada se obtiene sostenidamente hasta que se demuestra suficiente para efectuar un cambio notable en el comportamiento del paciente, resolviendo así "el problema". En un enfoque funcional es necesario continuar la evaluación del patrón de vida del paciente y los factores que lo controlan, a la vez que simultáneamente se intenta la manipulación de estas variables a través del refuerzo, la intervención directa, u otros medios hasta que el cambio resultante en el comportamiento del paciente permite la restauración de experiencias vitales más eficientes.

El presente enfoque comparte con algunas teorías psicológicas la presunción de que la psicoterapia no es un esfuerzo dirigido a la remoción de conflictos intrapsíquicos, ni hacia el cambio en la estructura de personalidad por medio de interacciones de naturaleza intensamente no-verbal (eg., transferencia, auto-actualización, etc.). Adoptamos la postura de que el trabajo del tratamiento psicológico involucra la utilización de una variedad de métodos para diseñar un programa que controle el ambiente del paciente y las consecuencias de su conducta de manera tal que el problema presentado sea resuelto. Hipotetizamos que los ingredientes esenciales de una tarea terapéutica usualmente involucran dos etapas separadas: (1) un cambio en las discriminaciones perceptuales de un paciente, esto es, en su abordaje a percibir, clasificar y organizar eventos sensoriales, incluyendo la percepción de sí mismo, y (2), cambios en los patrones de respuesta que ha establecido hacia los objetos sociales y hacia sí mismo a lo largo de los años.<sup>11</sup> Además, la tarea del clínico puede

involucrar a intervención directa en las circunstancias ambientales del paciente, la modificación de la conducta de otras personas significativas en su vida, y el control de estímulos reforzantes que están disponibles a través de auto-administración, o contingentes a la conducta de otros. Estos últimos procedimientos complementan las interacciones verbales de la psicoterapia tradicional. Requieren que el clínico, invitado por el paciente o su familia, participe más plenamente en la planificación del patrón de vida del paciente fuera del consultorio.

Es necesario indicar qué cosas el presente modelo teórico no sostiene, a fin de comprender las diferencias con otros procedimientos. No asume que (a), el insight es un sine qua non de la psicoterapia, (b) los cambios en pensamientos o ideas llevan inevitablemente a cambios últimos en las acciones, (c) las sesiones terapéuticas verbales sirven como símiles o equivalentes de situaciones vitales actuales y (d) un síntoma puede ser removido sólo desenterrando su causa u origen. En ausencia de tales asunciones se vuelve innecesario conceptualizar el trastorno conductual en términos etiológicos, en términos psicodinámicos o en términos de un proceso de enfermedad especificable. Mientras que la psicoterapia por medios verbales puede ser suficiente en algunas instancias, la combinación de modificación conductual en situaciones vitales y las interacciones verbales sirven para extender el arsenal del terapeuta. Por tanto, la psicoterapia verbal es vista como un adjunto a la implementación de cambios terapéuticos en el patrón total de la vida del paciente, no como un fin en sí mismo, ni como el único vehículo para aumentar la efectividad psicológica.

Al adoptar esta perspectiva de la modificación de conducta, hay un compromiso más allá, a un interjuego constante entre estrategias de eva-

luación y terapéuticas. Una formulación diagnóstica inicial busca determinar las principales variables que pueden ser directamente controladas o modificadas durante el tratamiento. Durante las sucesivas etapas de tratamiento se recoge información adicional sobre el repertorio del paciente, su historia de refuerzo, los estímulos controladores pertinentes en su ambiente social y físico, y las limitaciones sociológicas dentro de las cuales operan tanto el paciente como el terapeuta. Por tanto, la formulación inicial siempre será expandida o modificada, resultando ya sea en confirmación o en el cambio de la estrategia terapéutica previa.

*Una guía para el Análisis Funcional de la Conducta Individual* – Con el fin de ayudar al clínico en la recolección y organización de la información para un análisis conductual, hemos construido un esquema que pretende proveer un modelo útil de la conducta del paciente con un nivel de abstracción relativamente bajo. Una serie de preguntas son así organizadas para arrojar implicaciones inmediatas para el tratamiento. Este esquema ha resultado útil tanto en la práctica clínica como en enseñanza. A continuación hay un breve resumen de las categorías del esquema\*:

1. El análisis de la Situación Problema:<sup>Ⓢ</sup> las principales quejas del paciente se clasifican en cla-

---

<sup>Ⓢ</sup> Para cada paciente se requiere un análisis detallado. Por ejemplo, una lista de excesos conductuales puede incluir actos agresivos específicos, conductas alucinatorias, llanto, sumisión a otros en situaciones sociales, etc. Se reconoce que algunas conductas pueden ser vistas como excesos o déficits según el punto de vista desde el cual se observen. Por ejemplo, un retiro excesivo y una responsividad social deficiente, o excesiva autonomía social (no conformidad) y conductas de auto-inhibición deficientes pueden ser complementarias. La perspectiva particular adoptada tiene consecuencias a causa de su impacto en el plan de tratamiento. Considerar una



ses según excesos y déficits conductuales. Para cada exceso o déficit se describen las dimensiones de frecuencia, la intensidad, la duración, la idoneidad de la forma, y las condiciones de estímulo. En el contenido, las clases de respuesta representan los principales objetivos de la intervención terapéutica. Como una característica indispensable adicional, los recursos útiles de comportamiento del paciente se enumeran para su utilización en un programa de terapia.

2. Clarificación de la Situación Problema: Aquí consideramos las personas y las circunstancias que tienden a mantener los problemas de conducta, y las consecuencias de estas conductas para el paciente y para otros en su entorno. Se presta atención también a las consecuencias de los cambios en estas conductas que pudieran resultar de la intervención psiquiátrica.

3. Análisis de motivación: Dado que los estímulos reforzantes son idiosincráticos y dependen para su efecto de una serie de parámetros únicos para cada persona, una jerarquía de personas particulares, eventos y objetos que sirven como reforzadores se establece para cada paciente. Se incluyen en esta jerarquía todos aquellos eventos reforzantes que facilitan comportamientos de aproximación, así como aquellos que, debido a su aversividad, disparan respuestas de evitación. Esta información tiene como objetivo realizar planes para la utilización de los distintos refuerzos en la prescripción de un programa de terapia conductual específica para el paciente, y para permitir la utilización de las conductas de refuerzo apropiadas por el

---

conducta como excesivamente agresiva, para ser reducida por constricciones, claramente difiere de considerar esa misma conducta como un déficit en auto control, sujeto a incrementos por medio de entrenamientos y tratamientos.

terapeuta y otras personas importantes en el entorno social del paciente.

4. Análisis del Desarrollo: Se hacen preguntas sobre el bagaje biológico del paciente, sus experiencias socioculturales, y su desarrollo conductual característico. Están formuladas en una forma tal que (a) evoquen descripciones de su comportamiento habitual en diversas etapas cronológicas de su vida, (b) relacionen nuevas condiciones específicas de estímulo con cambios notables en su comportamiento habitual, y (c) relacionen ese comportamiento modificado y otros residuos de eventos biológicos y socioculturales al problema presente

5. Análisis de Auto -Control: En esta sección se examinan tanto los métodos y el grado de auto-control ejercido por el paciente en su vida diaria. Las personas, eventos o instituciones que han reforzado con éxito conductas de auto-control son consideradas. Los déficits o excesos de auto-control son evaluados en función de su importancia como blancos terapéuticos y para su utilización en un programa terapéutico.

6. Análisis de las Relaciones Sociales: El examen de la red social del paciente se lleva a cabo para evaluar la importancia de las personas en el entorno del paciente que tienen cierta influencia sobre los comportamientos problemáticos, o que a su vez son influenciados por el paciente para sus propias satisfacciones. Estas relaciones interpersonales son revisadas con el fin de planificar la posible participación de otras personas importantes en el programa de tratamiento, basada en los principios de la modificación de la conducta. El examen también ayuda al terapeuta a considerar la gama de relaciones sociales reales en las que el paciente necesita funcionar.

7. Análisis del Entorno Social, Cultural y Físico: En esta sección se añade al anterior análisis del

comportamiento del paciente como un individuo, la consideración de las normas en su entorno natural. Los acuerdos y discrepancias entre los patrones de vida idiosincrásicos del paciente y las normas de su entorno se definen de manera que la importancia de estos factores pueda ser decidida en la formulación de objetivos de tratamiento que incluyan explícitamente las necesidades del paciente y las presiones de su entorno social.

El esquema anterior tiene como propósito lograr la definición del problema de un paciente de una manera que sugiera operaciones de tratamiento específicas, o que ninguna es factible, y comportamientos específicos como objetivos para la modificación. Por lo tanto, la formulación está *orientada a la acción*. Puede ser utilizada como una guía para la recogida inicial de la información, como un dispositivo para organizar los datos disponibles, o como un diseño para el tratamiento.

La formulación de un plan de tratamiento es consecuencia de este tipo de análisis, porque el conocimiento de las condiciones de refuerzo sugiere los controles de motivación que están a disposición del clínico para la modificación de la conducta del paciente. El análisis de los problemas de comportamiento específicos también ofrece una serie de metas para la psicoterapia u otro tratamiento, y para la evaluación del progreso del tratamiento. El conocimiento de las condiciones biológicas, sociales y culturales del paciente, podría ayudar a determinar qué recursos pueden ser utilizados, y qué limitaciones deben ser consideradas en un plan de tratamiento.

Las diversas categorías intentan llamar la atención sobre las variables importantes que afectan el comportamiento *actual* del paciente. Por lo tanto, su objetivo es obtener descripciones

de abstracción de bajo nivel. Las respuestas a estas preguntas específicas se formulan mejor mediante la descripción de clases de eventos informados por el paciente, observados por otros, o por incidentes críticos descritos por un informante. El análisis no excluye la descripción de los comportamientos verbales-simbólicos habituales del paciente. Sin embargo, al utilizar comportamientos verbales como base de este análisis, uno debe tener cuidado de no "explicar" procesos verbales en términos de mecanismos internos postulados sin evidencia de apoyo adecuada, ni deben hacerse inferencias acerca de los procesos no observados o eventos sin pruebas que los corroboren. El análisis incluye muchos elementos que no son conocidos o son no aplicables para un paciente determinado. La falta de información sobre algunos temas no indica necesariamente que el análisis esté incompleto. Estas carencias deben ser señaladas, sin embargo, debido a que a menudo contribuyen a una mejor comprensión de lo que el paciente tiene que aprender para ser una persona autónoma. Igual de importante es un inventario de su repertorio de conducta socialmente eficaz existente que se puede poner al servicio de cualquier procedimiento de tratamiento.

Este análisis es consistente con nuestras formulaciones anteriores de los principios de la medicina integral<sup>9, 22</sup>, que hizo hincapié en la acción conjunta de los factores biológicos, sociales y psicológicos en los trastornos psiquiátricos. El lenguaje y la orientación del enfoque propuesto se basan en la teoría del aprendizaje contemporáneo. El marco conceptual está en consonancia con la opinión de que la evolución de los trastornos psiquiátricos se puede modificar mediante la aplicación sistemática de los principios científicos en los campos de la psicología y la medicina al modo habitual del paciente de vivir.

Este enfoque no es un sustituto para la asignación de los pacientes a las categorías tradicionales de diagnóstico. Este etiquetado puede ser deseable con fines estadísticos, administrativos o de investigación. Pero el análisis actual está destinado a sustituir otras formulaciones de diagnóstico que tienen por objeto servir de base para la toma de decisiones acerca de las intervenciones terapéuticas específicas.

### III. Los métodos de recopilación de datos para un análisis funcional

Los abordajes diagnósticos tradicionales han utilizado como principales fuentes de información el informe verbal del paciente, su comportamiento no verbal durante una entrevista, y su rendimiento en las pruebas psicológicas. Estas observaciones son suficientes si uno considera que los problemas de conducta son sólo una propiedad del patrón particular de asociaciones del paciente o de su estructura de personalidad. Se esperaría que un trastorno mental se revelara por las características estilísticas en el repertorio conductual del paciente. Sin embargo, si uno ve los trastornos de conducta como conjuntos de patrones de respuesta que se aprenden bajo condiciones particulares y son mantenidos por los estímulos ambientales e internos definibles, una evaluación de la conducta del paciente es insuficiente a menos que también se describan las condiciones en que se produce. Este punto de vista requiere una expansión de las fuentes de observación del clínico, de modo de incluir los campos de estimulación en la que el paciente vive, y las variaciones de comportamiento del paciente como una función de la exposición a estas diversas variables estimuladoras. Por lo tanto, el clínico con recursos no necesita limitarse a los resultados de los tests, las observaciones de la entrevista en el consultorio, o historias de referencia al formular el caso

concreto. Tampoco es necesario que considere irremediablemente perjudicado cuando el paciente tiene poca habilidad observacional o comunicativa para reconstruir verbalmente sus experiencias de vida para el clínico. Independientemente de las habilidades comunicativas del paciente, los datos deben consistir en una descripción de la conducta del paciente *en relación* a las diversas condiciones ambientales.

Un análisis del comportamiento no excluye ningún dato relativo a experiencias pasadas o presentes como irrelevantes. Sin embargo, el mérito relativo de cualquier información (como, por ejemplo, al crecer en un hogar roto o haber tenido experiencias homosexuales) radica en su relación con las variables independientes que se pueden identificar como controlando la conducta problemática actual. La observación de que un paciente ha alucinado en ocasiones puede ser importante sólo si tienen repercusiones en su actual problema. Considerado aisladamente, un reporte de alucinaciones puede ser engañoso, resultando en un énfasis en la clasificación en lugar de en el tratamiento.

En la entrevista psiquiátrica un enfoque analítico-conductual se opone a la aceptación del contenido del autorreporte verbal como equivalente a los acontecimientos o experiencias reales. Sin embargo, los informes verbales proporcionan información relativa a la construcción verbal del paciente de su entorno y de su persona, su recuerdo de experiencias pasadas, y sus fantasías sobre ellos. Si bien estas auto-descripciones no representan datos sobre los sucesos que efectivamente se produjeron internamente, representan comportamientos actuales del paciente e indican las cadenas verbales y repertorios que el paciente ha acumulado. Por lo tanto, el comportamiento verbal puede ser útil para la descripción de los procesos de pen-

samiento de un paciente. Para sacar el máximo provecho de este enfoque, las variaciones en los procedimientos tradicionales de la entrevista se pueden obtener mediante técnicas tales como juegos de rol, debates, la interpretación de los acontecimientos actuales de la vida, o la libre asociación controlada. Dado que hay poca evidencia experimental de las relaciones específicas entre las declaraciones verbales del paciente y sus actos no verbales de conducta, el informe verbal por sí solo resulta insuficiente para un análisis completo y para la predicción de su comportamiento diario. Además, es bien sabido que una persona responde a condiciones ambientales y señales internas que no puede describir adecuadamente. Por lo tanto, cualquier informe verbal puede pasar por alto o disimular los aspectos más importantes de un análisis de comportamiento, es decir, la descripción de la relación entre condiciones antecedentes y la conducta posterior.

Además de la utilización de la propia persona del clínico como un objeto de estímulo controlado en situaciones de entrevistas, las *observaciones de la interacción con otros significativos* se pueden utilizar para el análisis de las variaciones en la frecuencia de distintos comportamientos en función de la persona con la que el paciente interactúa. Por ejemplo, el uso de las funciones estándar prescritas para las enfermeras y asistentes, la utilización de los miembros de la familia del paciente o de sus amigos, se puede utilizar para obtener datos pertinentes al patrón de respuesta interpersonal habitual del paciente. Estas observaciones son especialmente útiles si en una entrevista posterior se le pide al paciente describir y discutir las sesiones observadas. Los enfrentamientos con las grabaciones para las comparaciones entre el informe de la paciente y la sesión actual como da fe el observador pueden proporcionar información

sobre la percepción del paciente de sí mismo y los demás, así como su conducta habitual hacia sus pares, figuras de autoridad, y otras personas importantes en su vida.

Excepto en el trabajo con niños o unidades familiares, se ha hecho un uso insuficiente del material obtenido a partir de *otros informantes* en las entrevistas sobre el paciente. Estos informes pueden ayudar al observador a reconocer los dominios de comportamiento en el que el informe del paciente se desvía de o está de acuerdo con las descripciones proporcionadas por los demás. Esta información también es útil para contrastar los informes del paciente sobre sus efectos presuntivos sobre otra persona con los efectos efectivos sobre persona. Si los problemas interpersonales del paciente se extienden a las áreas en las que los contactos sociales no están claramente definidos, las contribuciones de otros informantes son esenciales.

Debe tenerse en cuenta que los informes verbales de otros informantes pueden no ser más congruente con los hechos reales que los propios informes del paciente y deben ser igualmente relacionados a la propia credibilidad del informante. Si las figuras cruciales, tales como padres, cónyuges, empleadores pueden ser entrevistados, también proporcionarán al clínico un poco de información acerca de las personas con las que el paciente tiene interacciones repetidas y con las que los problemas interpersonales pueden haberse desarrollado.

La observación del comportamiento diario del paciente en el trabajo representa una excelente fuente de información, si se puede acceder a ella. Las observaciones del paciente por el clínico o su personal pueden ser preferibles a las descripciones de los compañeros o supervisores. Las observaciones del trabajo son especialmente importantes para los pacientes cuyas

quejas incluyen dificultades en su actividad laboral diaria o que describen situaciones de trabajo como factores que contribuyen a su problema. Aunque un uso más libre de esta técnica puede verse obstaculizada por las actitudes culturales hacia el tratamiento psiquiátrico, tales observaciones pueden ser de libre acceso en situaciones de hospital o en situaciones de trabajo protegido. Con el uso de escalas de medición de la conducta u otros dispositivos de medición sencillos, breves muestras de los comportamientos de los pacientes en situaciones de trabajo pueden ser obtenidos por observadores mínimamente entrenados.

Al propio paciente se le puede pedir proporcionar muestras de su propia conducta mediante el uso de grabadoras de cinta para la grabación de los segmentos de las interacciones en su familia, en el trabajo, o en otras situaciones en su vida cotidiana. Un sistema de monitoreo de televisión para la conducta del paciente es una técnica excelente desde un punto de vista teórico, pero es muy engorroso y costoso. El uso de grabaciones para fines diagnósticos y terapéuticos ha sido reportado por algunos investigadores.<sup>2, 5, 24</sup> La reproducción de las grabaciones y la grabación de las reacciones del paciente a la reproducción pueden utilizarse en las entrevistas para aclarar el comportamiento del paciente hacia los demás y su reacción a sí mismo como un estímulo social.

Los tests psicológicos representan problemas a resolver en condiciones de interacción específicas. Entre las pruebas de inteligencia altamente estandarizadas y las pruebas proyectivas ambiguas y no estructuradas yace una dimensión de la estructura a lo largo de la cual más y más la responsabilidad de proporcionar respuestas adecuadas recae en el paciente. En comparación con los procedimientos de la entrevista, la

mayoría de las pruebas psicológicas proporcionan una relativamente alta estandarización de las condiciones de estímulo. Pero, además de las respuestas específicas dadas en las pruebas de inteligencia o proyectivas, estos tests también proporcionan una muestra conductual de la reacción del paciente a una situación problema en un entorno interpersonal relativamente estresante. Por lo tanto, las pruebas psicológicas pueden proporcionar no solamente en los resultados cuantitativos, sino que también pueden ser tratados como una experiencia de vida en miniatura, dando información sobre el comportamiento interpersonal del paciente y las variaciones de su comportamiento en función de la naturaleza de las condiciones de estímulo.

En esta sección hemos mencionado sólo algunas de las numerosas situaciones vitales que pueden ser evaluadas con el fin de proporcionar información sobre el paciente. Los criterios para su uso yacen en la economía, la accesibilidad para el clínico, y la relevancia para el problema del paciente. Mientras que es más conveniente para recoger los datos de un paciente en un consultorio, puede ser necesario que el clínico obtenga información de primera mano acerca de las condiciones reales en las que el paciente vive y trabaja. Esa familiaridad se puede obtener ya sea mediante la utilización de informantes o por la entrada del médico en el hogar, la situación laboral o el entorno social en el que vive el paciente. Bajo todas estas condiciones, el médico es eficaz sólo si es posible para él mantener un rol no participante, objetivo y observante sin consecuencias adversas para el paciente o la relación terapéutica.

Los métodos de recogida de datos para un análisis funcional descritos aquí difieren de los enfoques psiquiátricos tradicionales sólo en que requieren la inclusión del campo de estímulo

físico y social en el que el paciente funciona en realidad. Sólo una evaluación completa de las condiciones de vida y de trabajo del paciente y su estilo de vida permite una descripción de los problemas reales que el paciente enfrenta y la especificación de los pasos que deben tomar para alterar la situación problemática.

### Resumen

La clasificación psiquiátrica actual falla en proporcionar una base satisfactoria para la comprensión y el tratamiento de la conducta desadaptativa. Los esquemas de diagnóstico que se utilizan actualmente se basan en la etiología, la descripción de los síntomas, o el pronóstico. Aunque cada uno de estos enfoques tiene una utilidad limitada, no hay ningún esquema unificado disponible que permita la predicción de respuesta al tratamiento o el futuro curso de la enfermedad a partir de la asignación de los pacientes a una categoría específica.

En este artículo se propone un enfoque analítico conductual que se basa en la teoría del aprendizaje contemporáneo, como alternativa a la asignación del paciente a una categoría diagnóstica convencional. Incluye el resumen de un esquema que puede servir como una guía para la recopilación de información y la formulación del problema, incluyendo las condiciones biológicas, sociales y de comportamiento que están determinando el comportamiento del paciente. Su objeto es la integración de la información sobre un paciente para la formulación de un plan de acción que pudiera modificar la conducta problemática del paciente. Se hace hincapié en las variables particulares que afectan al paciente individual en lugar de la determinación de la similitud de la historia del paciente o de sus síntomas con grupos patológicos conocidos. La última sección del documento se ocupa de métodos útiles para la recopilación de la infor-

mación necesaria para completar un análisis de comportamiento de este tipo.

Este documento ha sido elaborado junto con la subvención de Investigación MH 06921-03 de los Institutos Nacionales de Salud Mental, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

1. Ash, P.: Reliability of Psychiatric Diagnosis, *J Abnorm Soc Psychol* 44:272-277, 1949.
2. Bach, G.: In Alexander, S.: Fight Promoter for Battle of Sexes, *Life* 54:102-108 (May 17) 1963.
3. Bandura, A.: Psychotherapy as Learning Process, *Psychol Bull* 58:143-159, 1961.
4. Barron, F.: Ego-Strength Scale Which Predicts Response to Psychotherapy, *J Consult Psychol* 17:235-241, 1953.
5. Cameron, D. E., et al: Automation of Psychotherapy, *Compr Psychiat* 5:1-14, 1964.
6. Ferster, C. B.: Classification of Behavioral Pathology in Ullman, L. P. and Krasner, L. (eds.): *Behavior Modification Research*, New York: Holt, Rinehart & Winston, 1965.
7. Freedman, D. A.: Various Etiologies of Schizophrenic Syndrome, *Dis Nerv Syst* 19:1-6, 1958.
8. Fulkerson, S. E., and Barry, J. R.: Methodology and Research on Prognostic Use of Psychological Tests, *Psychol Bull* 58:177-204, 1961.
9. Guze, S. B.; Matarazzo, J. D.; and Saslow, G.: Formulation of Principles of Comprehensive Medicine With Special Reference to Learning Theory, *J Clin Psychol* 9:127-136, 1953.
10. Jackson, D. D. A.: *Etiology of Schizophrenia*, New York: Basic Books Inc., 1960.
11. Kanfer, F. H.: Comments on Learning in Psychotherapy, *Psychol Rep* 9:681-699, 1961.
12. Katz, M. M.; Cole, J. O.; and Lowery, H. A.: Non-specificity of Diagnosis of Paranoid Schizophrenia, *Arch Gen Psychiat* 11:197-202, 1964.
13. Krasner, L.: "Therapist as Social Reinforcement Machine," in Strupp, H., and Luborsky, L. (eds.): *Research in Psychotherapy*, Washington, DC: American Psychological Association, 1962.
14. Ledley, R. S., and Lusted, L. B.: Reasoning Foundations of Medical Diagnosis, *Science* 130:9-21, 1959.
15. Lorr, M.; Klett, C. J.; and McNair, D. M.: *Syndromes of Psychosis*, New York: Macmillan Co., 1963.
16. Meehl, P. E.: Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia, *Amer Psychol* 17:827-838, 1962.
17. New York Heart Association: *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Blood Vessels*, New York: New York Heart Association, 1953.
18. Noyes, A. P., and Kolb, L. C.: *Modern Clinical Psychiatry*, Philadelphia: W. B. Saunders & Co., 1963.
19. Opler, M. K.: Schizophrenia and Culture, *Sci Amer* 197:103-112, 1957.
20. Opler, M. K.: Need for New Diagnostic Categories in Psychiatry, *J Nat Med Assoc* 55:133-137, 1963.
21. Rotter, J. B.: *Social Learning and Clinical Psychology*, New York: Prentice Hall, 1954.
22. Saslow, G.: On Concept of Comprehensive Medicine, *Bull Menninger Clin* 16:57-65, 1952.
23. Scheffen, A. E.: Analysis of Thought Model Which Persists in Psychiatry, *Psychosom Med* 20:235-241, 1958.
24. Slack, C. W.: Experimenter-Subject Psychotherapy—A New Method of Introducing Intensive Office Treatment for Unreachable Cases, *Ment Hyg* 44:238-256, 1960.
25. Szasz, T. S.: Myth of Mental Illness, *Amer Psychol* 15:113-118, 1960.
26. Windle, C.: Psychological Tests in Psychopathological Prognosis, *Psychol Bull* 49:451-482, 1952.
27. Wolpe, J.: *Psychotherapy in Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif: Stanford University Press, 1958.
28. Zigler, E., and Phillips, L.: Psychiatric Diagnosis: Critique, *J Abnorm Soc Psychol* 63:607-618, 1961.