



Evaluación psicológica

Lecciones introductorias

Carmelo Ibáñez Aguirre

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ARGITALPEN ZERBITZUA
SERVICIO EDITORIAL

www.argitalpenak.ehu.es

ISBN: 84-7585-929-1

EVALUACION PSICOLOGICA
LECCIONES INTRODUCTORIAS

Carmelo Ibáñez Aguirre

eman ta zabal zazu



Universidad Euskal Herriko
del País Vasco Unibertsitatea
servicio editorial argitalpen zerbitzua

Debekatuta dago liburu hau osorik edo zatika kopiatzea, bai eta berorri tratamendu informatikoa ematea edota liburua ezein modutan transmititzea, dela bide elektronikoz, mekanikoz, fotokopiaz, erregistroz edo beste edozein eratarata, baldin eta *copyrightaren* jabeek ez badute horretarako baimena aurretik eta idatziz eman.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopiado, sin permiso previo y por escrito de la entidad editora, sus autores o representantes legales.

© Euskal Herriko Unibertsitatearen Argitalpen Zerbitzua
Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco
I.S.B.N.: 84-7585-929-1
Depósito Legal/Lege Gordailua: BI-1708-97
Impresión/Inprimaketa:
Servicio Editorial/Argitalpen Zerbitzua UPV/EHU

*El privilegio de enseñar
tal vez sólo sea comparable
al placer de aprender. Así que:*

A mis alumnos.

Y a mis maestros.

INDICE

Introducción.....	13
1. BASES CONCEPTUALES Y DESARROLLO HISTORICO	
Introducción.....	19
1.1. La Evaluación Psicológica y conceptos afines.....	21
1.1.1. Medición.....	21
1.1.2. Valoración.....	25
1.1.3. Evaluación.....	28
1.1.4. Evaluación psicológica y Psicodiagnóstico.....	35
1.2. Desarrollo histórico.....	38
1.2.1. Antecedentes.....	39
1.2.2. Constitución.....	40
1.2.2.1. F. Galton.....	41
1.2.2.2. J. M. Cattell.....	42
1.2.2.3. A. Binet.....	43
1.2.2.4. Otras figuras destacables.....	46
1.2.3. Desarrollo.....	47
1.2.4. Consolidación.....	49
1.2.5. Situación actual.....	51
Conclusión.....	54

2. DIVERSIDAD DE METODOS Y MODELOS

Introducción.....	63
2.1. Métodos principales.....	65
2.1.1. Método correlacional.....	66
2.1.2. Método experimental.....	69
2.1.3. Método cuasi-experimental.....	73
2.1.4. Método observacional.....	77
2.2. Controversias metodológicas.....	85
2.2.1. Explicación vs. Comprensión.....	85
2.2.2. Generalidad vs. Especificidad.....	87
2.2.3. Cuantitativo vs. Cualitativo.....	89
2.2.4. Idiográfico vs. Nomotético.....	93
2.3. Modelos teóricos.....	98
2.3.1. Psicométrico.....	101
2.3.2. Psicoanalítico.....	103
2.3.3. Modelo Conductual.....	107
2.3.4. Modelo Cognitivo.....	112
2.3.5. Polarización entre evaluación Tradicional y Conductual.....	120
2.3.6. Modelos integradores.....	130
2.3.6.1. Conductual-cognitivo.....	131
2.3.6.2. Conductismo paradigmático.....	134
2.3.7. Hacia una integración teórico-metodológica.....	139
Conclusión.....	143

3. EL PROCESO EN EVALUACION PSICOLOGICA

Introducción.....	149
3.1. La evaluación como proceso.....	150
3.2. Recogida de información inicial.....	155
3.2.1. Planteamiento del problema.....	155
3.2.2. Precisión del problema.....	157

3.3. Formulación de hipótesis.....	159
3.3.1. Elaboración de hipótesis.....	159
3.3.2. Operacionalizaciones.....	162
3.4. Contrastación de hipótesis.....	163
3.4.1. Planificación de la investigación.....	164
3.4.1.1. Alternativas metodológicas.....	164
3.4.1.2. Objetivos de la evaluación.....	164
3.4.1.3. Contrastación de hipótesis y planificación evaluadora.....	165
3.4.2. Recogida de información.....	167
3.4.2.1. Selección de instrumentos.....	167
3.4.2.2. Clasificación de los instrumentos.....	168
3.4.2.3. Triangulación de datos.....	169
3.4.3. Integración interpretativa.....	171
3.4.4. Juicio diagnóstico.....	173
3.5. Resultados y Programación de la intervención.....	174
3.5.1. Elaboración del informe.....	175
3.5.2. Indicación de la forma de intervención.....	176
3.5.3. Planificación de la intervención.....	178
3.6. Control.....	179
3.7. La evaluación como proceso de toma de decisiones.....	181
Conclusión.....	185

4. PROBLEMÁTICA Y DIRECTRICES GENERALES EN EVALUACIÓN INFANTIL, DE LA ADOLESCENCIA Y LA VEJEZ

Introducción.....	189
4.1. La evaluación infantil y adolescente	
4.1.1. Conceptos y objetivos diferenciales básicos.....	191
4.1.2. Generalidades sobre metodología y técnicas.....	195
4.1.2.1. El método de los tests.....	196
4.1.2.2. La metodología observacional.....	199

4.1.2.3. El concurso de otros métodos.....	201
4.1.3. Problemática evaluadora	
característica de estas edades.....	202
4.1.3.1. Mediatización ambiental.....	202
4.1.3.2. Psicopatología infantil y adolescente...	205
4.1.3.3. Retraso mental.....	208
4.1.3.4. Evaluación del potencial de aprendizaje.	211
4.1.3.5. La prevención.....	214
4.2. Evaluación psicológica en la Vejez	
4.2.1. Conceptos y objetivos diferenciales básicos.....	219
4.2.2. Generalidades sobre metodología y técnicas.....	221
4.2.2.1. El método de los tests.....	222
4.2.2.1.1. Eval. funcionam ^o intelectual..	223
4.2.2.1.2. Eval. de la memoria.....	225
4.2.2.2. Los autoinformes.....	226
4.2.2.2.1. Habilidades sociales.....	227
4.2.2.2.2. Apoyo social.....	229
4.2.3. Problemática evaluadora	
característica de esta edad.....	230
4.2.3.1. El deterioro intelectual.....	233
4.2.3.2. Evaluación psicopatológica.....	235
4.2.3.2.1. Ansiedad.....	236
4.2.3.2.2. Depresión.....	238
4.2.3.2.3. Demencia.....	240
4.2.3.3. Eval. del potencial de aprendizaje.....	242
4.2.3.4. La prevención.....	244
Conclusión.....	246
CONCLUSION.....	251
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	257

INTRODUCCION

La *Evaluación psicológica* es una disciplina que se halla en una *crisis* debida al desarrollo acelerado que incluso está afectando a su *identidad* (significativamente hasta hace sólo una o dos décadas se la reconocía por lo general con otro rótulo, el de *Psicodiagnóstico*). Pero el desarrollo en cuestión no se limita a aspectos de nomenclatura, sino que afecta a la concepción, postulados teóricos en que se sustenta, metodología, implementación de nuevas técnicas y, en suma, la expansión del campo de sus objetivos y aplicaciones en la sociedad.

Junto al énfasis en los requisitos *científicos* de la Evaluación psicológica, se está avanzando en la progresiva integración de la evaluación/psicodiagnóstico con la actividad interventiva (tratamiento, rehabilitación, consejo, prevención, etcétera). De ello se sigue un mayor impacto y eficacia, sobre todo cuando los evaluadores trabajan en equipos *pluriprofesionales* que van tomando consensuadamente decisiones conducentes a la intervención o fase de ayuda al cliente/paciente.

Este texto se articula en cuatro capítulos. El primero se dedica a la exposición resumida de la *historia* de la Evaluación psicológica/Psicodiagnóstico, así como a la reflexión sobre la *idea o concepto* que sustentamos de la/el misma/o. Es en este primer

capítulo donde se podrá reflejar matizadamente la *complejidad* de la materia en estudio, así como los avatares asociados a la idea de situación crítica que hemos avanzado. En cualquier caso, el progresivo mayor ajuste por parte del evaluador a la *metodología científica* se ve recompensado por la expectativa de mejores resultados. La disponibilidad de *instrumentos* de evaluación debidamente contrastados, en última instancia están llamados a potenciar la capacidad perceptiva del evaluador, acrecentar la precisión, así como el almacenaje y organización de la información recogida a lo largo del proceso evaluador. Obviamente la enorme expansión de las *variables* analizadas en la evaluación, conlleva la necesidad de un mayor esfuerzo de *elaboración interpretativa* por parte del evaluador.

El segundo capítulo podría haberse presentado desglosado en dos: *modelos teóricos* y *metodología* donde se sustenta la actividad evaluadora. Al agruparlos se pretende dar una idea de cierta *integración* de esos dos aspectos centrales de la materia. En este sentido se prestará una considerable atención al fenómeno de *confluencia* de algunos modelos y métodos. Los enfoques *tradicional* y *conductual* han limado las aristas que los enfrentaba y apuestan en muchos casos por una aproximación y complementariedad que puede resultar interesante para la Evaluación psicológica. Los supuestos que se analizarán de *integraciones de modelos*, apuntan asimismo en parecida dirección y no son desvinculables de sus facetas metodológicas y tecnológicas.

El tercer capítulo, dedicado al *proceso de evaluar*, ofrece una visión dinámica de la tarea a realizar, y aunque sigue un esquema de actuación en fases, trata de no escamotear la complejidad inherente a la interrelación de las mismas y a su profunda mutua implicación, en la línea de una toma continuada de decisiones, cuestión sobre la que se realiza a su vez una reflexión explícita.

El cuarto y último capítulo se consagra al estudio - en plan visión panorámica - de las peculiaridades o especificidades conceptuales, metodológicas y aplicadas de la

población (evolutivamente "distinta") de la *infancia, adolescencia y vejez*. De esta forma se intenta dar una visión más completa de la materia de la Evaluación psicológica y ofrecer unas ideas que orienten en el empeño de adaptar los conocimientos sobre la evaluación a las poblaciones mencionadas. El interés de abordar este capítulo conecta con la importancia que en la actualidad cobra la *evaluación del cambio (evaluación dinámica, en la terminología de Feuerstein)*, que se produce a lo largo de todo el *ciclo vital*. Son amplias las perspectivas que dichas ideas abren en la línea de los tratamientos educativos, de salud, terapéuticos y de otras formas de canalización de la influencia social por parte de los psicólogos.

Cada uno de los capítulos mencionados a su vez engloba en sí varias *lecciones* de carácter introductorio, el conjunto de las cuales ofrece una panorámica esencial de la Evaluación psicológica que confiamos suscite el interés del lector.

CAPITULO 1

**BASES CONCEPTUALES
Y
DESARROLLO HISTORICO**

1. BASES CONCEPTUALES Y DESARROLLO HISTORICO

Introducción

A lo largo del siglo aproximado de historia de la **evaluación psicológica**, período prácticamente tan dilatado como el de la propia existencia de la psicología como ciencia, la evaluación/psicodiagnóstico ha constituido la cara o escarapate de dicha disciplina y, si bien ambas no siempre han evolucionado acompasadamente, la evaluación psicológica ha reflejado los avances de la psicología, al tiempo que ha sabido dotarle de instrumentos potenciadores de su desarrollo teórico-aplicado. De hecho, el desarrollo de la evaluación ha sido uno de los pilares sobre los que se ha sustentado el creciente impacto social de la psicología (Caparrós, 1984).

Como resultado de la evolución histórica a la que nos referimos, el propio concepto de evaluación se ha desarrollado. Hoy es el término **Evaluación psicológica** (*Assessment*) el que se ha generalizado como más oportuno, imponiéndose sobre otros con gran arraigo como el de **Psicodiagnóstico**, gracias a su mayor generalidad, alcance explicativo y sentido, el cual - entre otras funciones, aunque no siempre y necesariamente - incluye la del propio psicodiagnóstico.

Sin embargo, el término *Evaluación psicológica* no está exento de ambigüedad en la medida en que en la práctica se concibe de diferente forma según varíen los modelos y enfoques desde los que se parte al respecto.

Esta variedad de *definiciones* del término van desde: a) aquellas actividades

cognitivas que se encuentran comprometidas con la formación de impresiones y la emisión de juicios sobre las personas; b) los procedimientos orientados a recabar información sobre personas; y c) el proceso de sistematizar dicha información, organizarla e interpretarla (Pelechano, 1977). Pues bien, la conjunción e integración de la diversidad de acepciones plasma de un modo acabado la inherente complejidad que entraña la tarea de evaluar en psicología.

Otros rasgos diferenciales de la conceptualización que cabe hacer de la evaluación psicológica se relacionan con los contenidos de dicha tarea, bien entendido que apostamos por la comprehensiva esquematización del enfoque *bio-psico-social*. Y no está de más añadir que se hace necesario prestar atención en el análisis evaluador a los contenidos positivos tanto como a los negativos, a lo adaptativo y potencialidades del individuo y no sólo a lo desadaptativo y limitaciones del mismo, huyendo así del sesgo patologizador, reduccionista y empobrecedor, característico de la vieja conceptualización del psicodiagnóstico.

En el primer capítulo de este trabajo se van a analizar algunos *conceptos básicos* de esta disciplina, como son los de medición, valoración, evaluación y psicodiagnóstico, los cuales remiten a la multiplicidad de ámbitos y tareas donde la disciplina encuentra acomodo. La segunda parte del capítulo centrada en el *desarrollo histórico* de la evaluación psicológica, va a permitir adentrarnos en el terreno de su desarrollo - en paralelo con el de la psicología como ciencia social - hasta captar el alto grado de maduración y complejidad hoy adquirido y la gran extensión de sus aplicaciones en ámbitos aplicados cada vez más ensanchados y fértiles. Esto viene a significar que los objetivos de la evaluación psicológica se han expandido, la disciplina ha madurado notablemente y son amplias las expectativas que hoy levanta, por su utilidad y relevancia, la evaluación psicológica.

1.1. La Evaluación Psicológica y conceptos afines

En torno a la tarea de la Evaluación Psicológica existen un conjunto de términos que por su relación con ella, conviene precisar porque de lo contrario se hace imposible manejarlos con el debido rigor. Los más relevantes son **medición** (*measurement*), **valoración** (*evaluation*), **evaluación** (*assessment*) y **psicodiagnóstico**. Intentaremos conceptualizarlos y definirlos para resaltar sus aspectos diferenciales, así como la relación, más o menos próxima, que cada uno de ellos mantiene con el término de significado más general entre ellos que es el de *evaluación psicológica*.

1.1.1. Medición

En psicología la medición es el "*proceso de unir conceptos abstractos con indicadores empíricos*" (Pelechano, 1988b, p. 326). Medir ha sido siempre el reto de todas las ciencias, la psicología entre ellas: "*La psicología no puede alcanzar la certeza y exactitud de las ciencias físicas si es que no se funda en el experimento y en la medida*" (J. M. Cattell, 1890). Medir no es otra cosa que asignar números, más exactamente unidades de medida, a la descripción de los datos referidos al comportamiento de acuerdo a ciertas reglas (Silva, 1982). Las mediciones han de ser exactas, fiables, válidas y útiles (Silva, 1989).

En términos generales, *medir* es comparar una magnitud con otra de su misma especie considerada como unidad, o con otra magnitud adecuada al caso para conocer su extensión o cantidad. No podemos evaluar verdaderamente más que lo que podemos medir (Claparède, 1961). Ahora bien, en un sentido apropiado a las ciencias sociales,

medir es una operación más *indirecta* que la que se da en las ciencias naturales, que exige asignar símbolos numéricos a determinadas magnitudes, atributos o acontecimientos. "El científico no toma para examen unidades de estado preexistentes a ese examen; más bien, con sus estrategias, con su método, con sus instrumentos de observación, de experimentación y de medida, las crea" (Fierro, 1981, p. 10). El objetivo de la medida es originar una puntuación *precisa* en relación a alguna variable (Kline, 1985).

Trasladar la *medición* a la psicología y en concreto a la evaluación psicológica, si bien exige flexibilizar el sentido del término y adecuarlo a las particularidades que presentan en este área las *mediciones*, acarrea grandes ventajas. Por una parte, permite ir más allá de la mera descripción, al plasmar las observaciones en datos. Además, las mediciones sirven para operacionalizar conceptos y perfilarlos de algún modo. A este fin, las unidades de medida utilizadas dependerán del comportamiento en cuestión, del instrumento disponible, de la teoría desde la que se trabaje y de los objetivos fijados. Ejemplos de unidades de medida comportamentales son la ocurrencia, la frecuencia, duración, magnitud e intensidad. Gracias al apoyo de instrumentos como los *rating scales* se consigue reducir lo cualitativo a cuantitativo.

Los diferentes tipos de medidas utilizables en evaluación psicológica han sido agrupados (Pérez Gómez, 1982, p. 272) en cuatro grupos: 1) los tests de personalidad, 2) los análisis de contenido de las entrevistas, 3) los puntajes sobre escalas, y 4) las medidas fisiológicas.

En este sentido los *instrumentos de medición psicológica*, sean tests, escalas, aparatos, etc. se constituyen en apoyos de la observación y facilitadores de la recogida de datos, objetivos y rigurosos, si bien nunca comparables a los de las mediciones en ciencias naturales. La *psicometría* se ocupa de efectuar la transición de las categorías

manifiestas a escalas cuantitativas utilizadas en los tests mentales en general. Los principios psicométricos deben regir en toda medición científica (Fernández-Ballesteros, 1981e).

La aparición precoz de los *tests psicológicos* en la historia de la psicología aplicada (el término *test mental* fue acuñado en 1890 por James McKeen Cattell en su artículo "*Tests y medidas mentales*") acaso sea el testimonio más claro de la necesidad sentida de medir constructos, llegando al extremo de que en muchos casos la tecnología de los tests, es decir, los instrumentos diseñados para la medición de constructos, ha ido por delante de la investigación y consiguiente precisa descripción de lo que se medía con ellos. Se ha partido al respecto de suposiciones no siempre demostradas, las cuales se dejan entrever en la misma definición de *constructo*, aportada por Cronbach y Meehl (1955), como "atributo que se postula de las personas y que se asume que se encuentra reflejado en la cumplimentación de un test" (p. 283).

En definitiva, es sólo la relación funcional - lo que ciertamente no es poco - la que entra en juego en dichas mediciones. Esta matización que apuntamos está bien recogida en la siguiente definición de medición : "*uso de métodos cuantitativos para medir respuestas cuya relación funcional con los estímulos definidores de una situación dada permite inferir la existencia e intensidad de los procesos psicológicos*" (Pelechano, 1980, en Silva, 1982, p. 96).

Hecha la anterior precisión acerca del objeto de la medición en psicología aplicada y en concreto a través de los tests (*testing*), que supone haber determinado de antemano lo que deseamos medir y el procedimiento disponible para ello, conviene hacer alguna alusión a las *limitaciones* de dichas mediciones. Pues hay que contar con que la exactitud en la medición por medio de los tests mentales, por ejemplo, en la obtención del CI, es relativa en cuanto que se da un monto de error sistemático en la medición (el

error típico de medida que contempla el modelo clásico de los tests).

Por otra parte, Sattler (1988) se refiere a otras fuentes de errores cometidos en la administración y calificación del test, factores personales circunstanciales (actitud, motivación del examinando, empatía del examinador...), cambios ambientales extremos, experiencia en la aplicación por parte del psicólogo y /o en la realización por parte del sujeto examinado, etc. No podemos tampoco ignorar las *tendencias de respuesta* que se dan en la contestación a los cuestionarios psicométricos y no psicométricos de personalidad (deseabilidad social, aquiescencia, etc.)

Aunque no sea más que a título enunciativo, apuntamos los tipos básicos de *escalas de medida* o formas de asignación de números a aspectos o relaciones empíricas existentes en psicología. Estas son las escalas nominales, ordinales, de intervalos y de razones. Cada una de ellas tiene su utilidad distinta. Las *nominales* simplemente para identificar variables. Las *ordinales* para ponerlas en orden jerárquico. Las de *intervalo* contienen una unidad de medición e intervalos iguales. Las de *razón* contienen una unidad de medición y un punto cero (Sattler, 1988). En las ciencias de la conducta, la mayoría de las escalas son ordinales y algunas de ellas de intervalo, y su origen, por tanto, es arbitrario (Arnau, 1978).

Dichas escalas varían en base a la relación existente entre los números asignados y los valores que adopta el fenómeno que se pretende medir (Vizcarro y Arévalo, 1990). La utilización adecuada de las unidades de medida varía asimismo en función del tipo de escalas a que pertenecen: por ejemplo, la posibilidad de realizar determinadas operaciones aritméticas con ellas (ver Stevens, 1946, en Bartolomé, 1978, p. 116) y la propia interpretación de los datos, van unidas a su conocimiento diferenciado.

Otros problemas asociados a *la medición* en psicología son: la correspondencia

entre las unidades de medida y las propiedades de lo que deseamos medir, la objetividad o precisión de los aspectos medidos, la utilidad de dichas medidas para los fines de la evaluación, por ejemplo, y el significado o sentido concreto que adquieren las mediciones psicológicas en función del contexto donde se producen (variables motivacionales, socio-culturales, etc).

Los *tests mentales* son técnicas de medición psicológica por antonomasia ; se caracterizan por ser sistemáticas, estandarizadas y objetivas, y sirven para comparar la conducta de dos o más personas (Cronbach, 1990). Se aplican con intención cuantificadora y sobre el supuesto de que las diferencias individuales son cuantitativas, no cualitativas, es decir, que las diferencias psicológicas entre las personas son un asunto de grado (Anastasi, 1966).

Otro aspecto importante a tener en cuenta respecto a la medición es su utilidad al servicio de la comprensión y explicación de los fenómenos psicológicos, valoración que va unida a la importancia que se otorga a las técnicas de evaluación psicológicas, particularmente las *cuantitativas*, como fundamento imprescindible para la operativización de las variables que intervienen en la investigación tanto básica como aplicada y la comprobación de hipótesis (Cronbach, 1972, Fernández-Ballesteros, 1980, Kerlinger, 1975).

1.1.2. Valoración

El concepto de valoración (*evaluation*), próximo en la literatura especializada al de evaluación (*assessment*), si bien incluye en sí al concepto de medición (*measurement*) que acabamos de analizar, es más amplio y complejo que éste. Valorar conlleva aplicar un juicio de valor acerca de una descripción cualitativa y/o interpretar determinados

datos o cuantificaciones. Al aplicar el paso interpretador sobre los datos derivados de la medición, se tiene en cuenta los criterios u objetivos marcados. Por ejemplo, la valoración de programas o intervenciones sociales, en que se miden las variables implicadas en el proceso y se analiza el éxito o fracaso, es decir, su mayor o menor eficacia. Se está generalizando la idea de que todo programa de acción social ha de ir acompañado de una fase de valoración del mismo (Martorell y Lillo, 1990, Fernández-Ballesteros, 1987, 1992).

Aunque en la práctica todavía existe cierta confusión en la utilización de los términos *valoración* y *evaluación*, lo que se refleja, por ejemplo, en los monográficos sobre el tema publicados por Anales de Psicología (1989) y Bordon (1990), etc., es útil la distinción establecida por Fernández-Ballesteros (1985). En este artículo, la autora diferencia la evaluación psicológica de la evaluación valorativa, asimilando ésta a la valoración. En contraposición a *evaluación* o proceso de medición psicológica de sujetos humanos, *valoración* se refiere a la "estimación sobre el valor o la efectividad de programas de intervención o al análisis de resultados de actividades humanas" (p. 9). Más recientemente, la misma autora ha definido la valoración como "*la sistemática investigación del mérito, valor o éxito de concretos tratamientos, intervenciones o programas, llevados a cabo con el fin de producir cambios comportamentales en el contexto social*" (Fernández-Ballesteros, 1992, p. 475).

Los procesos de que consta *la valoración de un programa*, ilustran qué es en la práctica la valoración de la que se habla. Según Ato y cols.(1989), el proceso en cuestión, dirigido a valorar si un programa ha conseguido o no alcanzar los objetivos para los que fue implantado, consta de los pasos siguientes:

* Fijar los objetivos, es decir, determinar lo que se desea valorar

* Transformar los objetivos en variables observables (definición operativa)

* En su caso, desarrollar instrumentos de medida, seleccionar las situaciones adecuadas y recoger datos empíricos relativos a las variables identificadas

* Comprobar los objetivos logrados, valorando el éxito o fracaso y el coste-beneficio.

Como se desprende de lo anterior, la valoración de programas (existen otras valoraciones de tratamientos, procedimientos instruccionales, ejecuciones, puestos de trabajo...) es una disciplina fundamentalmente *aplicada* en la que sobre todo importa la adecuada utilización de los resultados. Dada su complejidad e implicación varia (psicológica, social, económica...) el psicólogo realizará esta labor integrado en un equipo multiprofesional. Por lo demás, la valoración contribuye a facilitar la toma de decisiones, clarificar opciones y reducir incertidumbres, dentro de los condicionantes espacio-temporales, valores y recursos disponibles (Esteve y cols., 1993).

Para Fernández-Ballesteros (1992), el concepto de valoración de programas hace referencia a la *"sistemática investigación del mérito, valor o éxito de concretos tratamientos, intervenciones o programas llevados a cabo con el fin de producir cambios comportamentales en el contexto social"* (t. II, p. 475). *"La valoración supone un conjunto de actividades prácticas en base a unos supuestos teóricos que no están integrados en un paradigma aceptado y único"* (Fernández-Ballesteros, 1987, p. 39).

En definitiva, el concepto de **evaluación** se reserva para el análisis de las características individuales de utilidad para el diagnóstico, la orientación y la selección, así como también para el análisis de comportamientos problema y de las variables relevantes para el tratamiento y cambio. Sin embargo, el concepto de **valoración** resulta

más ajustado a efectos de llevar a cabo la estimación de los tratamientos y cambios, así como de programas e intervenciones sociales. Una vez diferenciados los objetos a los que se refieren técnicamente estos dos términos, en nuestra opinión no se ve la ventaja que pueda ofrecer utilizarlos de forma intercambiable.

Según Cronbach (1982, citado por Fernández-Ballesteros, 1987, p. 40), los elementos básicos de cualquier valoración se simbolizan con el acrónimo "uto" : unidades(u), tratamientos(t) y operaciones observadas(o). En efecto, cualquier investigación valorativa se ocupa de ciertas variables (sujetos, grupos, sistemas), es decir, existe una unidad determinada. En segundo lugar, se pretende valorar algún tratamiento o programa. Y por último, tras realizar una serie de análisis y/o mediciones, se barajan operaciones observadas que reflejan los efectos alcanzados.

En la medida en que la valoración de programas exige el análisis interaccional, que cuenta con una complejidad añadida debido a su dificultad intrínseca, las dificultades metodológicas que se manifiestan en este campo han conducido a la aceptación de metodologías cualitativas y descriptivas (Forns, Kirchner y Torres, 1990).

Para terminar, señalamos que *valoración*, por una parte, amplía el significado de *medición* psicológica y a la vez es una acuñación oportuna y útil que testimonia el enriquecimiento o expansión de las tareas que históricamente se han venido realizando en el ámbito del psicodiagnóstico.

1.1.3. Evaluación

En el apartado anterior, en la contraposición hecha con *valoración*, se han avanzado las ideas esenciales de lo que entendemos por *evaluación* en psicología.

Evaluar es "examinar el grado de adecuación entre un conjunto de informaciones y un conjunto de criterios adecuados al objetivo fijado, con el fin de tomar una decisión" (De Ketele, 1980, p. 17). Por consiguiente, la evaluación rebasa la medición, sea por aplicación de tests u otras técnicas, ya que connota la integración y valoración del conjunto de la información recogida en la exploración de personas. De ningún modo cabe identificar evaluación psicológica, ni siquiera psicodiagnóstico, con *mental testing* (Fernández-Ballesteros, 1980, 1983, 1992, Maloney y Ward, 1976, Matarazzo, 1976, Pawlik, 1979, Silva, 1983, Weiner, 1972).

La expresión *psychological assessment* tomó carta de ciudadanía en psicología a partir de la publicación en 1948 de la Oficina de Servicios Estratégicos del Ejército de los Estados Unidos de "*Assessment of Men*". Se refiere al intento de combinar las aproximaciones existentes en la época de examen a base de tests psicológicos y de aproximación clínica, en el sentido de intentarse una síntesis holística e intuitiva del conjunto de la información recabada en el examen psicológico (Luria, Zeigarnik y Poliakov, 1979, Silva, 1990).

Una vez hechas las matizaciones sobre lo que entendemos por medición, no consideramos de interés contraponer conceptualmente la idea de medición con la de evaluación, al estilo de la diferencia marcada por Dorsch (1976), quien señala que "en la evaluación se aplica a lo percibido, en vez de instrumentos de medida, un sistema de relación *interior*, que se ha formado a base de experiencias anteriores" (p. 357). Por el contrario, somos partidarios de incluir la idea de medición, debidamente acotada y matizada, como un proceso inherente a la evaluación psicológica. "*La evaluación psicológica consiste, fundamentalmente, en la cuantificación de fenómenos psíquicos*" (Pichot, 1994, p. 117).

No obstante, la evaluación psicológica no se agota en la mera medición y, por

otra parte, cabe realizar algunas formas de evaluación que no conllevan necesariamente *mediciones*, como puede ser el caso de determinadas evaluaciones psicológicas cuyo objetivo sea *descriptivo*. En este sentido hay que recordar que una de las significaciones de *evaluación* es la de formación de impresiones y emisión de juicios acerca de los demás (Pelechano, 1988a).

Así pues, la evaluación psicológica puede perseguir objetivos diferentes: describir, clasificar, predecir, explicar y controlar los fenómenos objeto de estudio. En unos supuestos más que en otros, el evaluador efectuará un cierto número de estimaciones *cuantitativas* (mediciones propiamente dichas) y *cualitativas* acerca del valor, la importancia o la incidencia de determinados objetos, personas o hechos (Forns, 1981, Vizcarro y Arévalo, 1990).

La idea amplia, ambiciosa y compleja, de evaluación psicológica que subyace en el párrafo precedente y que suscribimos, pone en evidencia la insuficiencia de la visión *testológica* de esta disciplina, donde en la práctica se tendía a equipararla con la aplicación de baterías de tests mentales de diversa índole. En apartados que iremos desarrollando más adelante, se irá presentando la idea que sustentamos de la evaluación psicológica, la cual, aunque a veces incluya la procedencia de utilizar tests, éstos ni son imprescindibles al efecto, ni por supuesto con su utilización se agotan los recursos tecnológicos o de instrumentación disponibles para recabar información en la evaluación psicológica.

Conviene distinguir conceptualmente entre tests y técnicas. Los **tests** son instrumentos que recogen información sistemática y tipificable acerca de la conducta de una o más personas, que permite una comparación entre las conductas que realizan las personas y son fiables y válidos. Por su parte las **técnicas** son instrumentos de recogida de información que o bien (1) no son sistemáticos, (2) no permiten una comparación

entre sujetos, o (3) no poseen normas de tipificación (Pelechano, 1985). Entre estas técnicas cabe distinguir dos grupos: a) *estándar*, las que poseen un material, forma de administración y corrección homologados; b) *flexibles o no tipificadas* en el material, en la administración, en la escala de puntuación (Fernández-Ballesteros, 1992).

Los *campos de aplicación* de la evaluación psicológica clásicamente han sido el clínico, el educacional y el industrial/organizacional. En las últimas tres décadas no sólo se han ampliado (comunitaria/social, de la salud, forense, deportiva...), sino que se han multiplicado las posibilidades de actuación en cada uno de dichos ámbitos. Entendida como *disciplina aplicada*, lo que ante todo define a la evaluación son sus objetivos o fines que esencialmente son: 1) *Clasificación* (la selección sería un caso particular). *Psicodiagnóstico* y *psychological testing* se relacionan ambos con tareas de clasificación, fundamentalmente cualitativa y clínica la primera y fundamentalmente psicométrica la segunda. 2) *Modificación* (la evaluación conductual lo ejemplifica muy bien, aunque con matices se puede hablar en general de este objetivo para toda clase de evaluación psicológica). 3) *Valoración de cambios (evaluation)*. Asociado a la evaluación de cambios durante y tras un determinado programa de intervención. Las relaciones que se establezcan entre estos tres objetivos de la evaluación psicológica determinarán de algún modo la concepción unitaria que quepa hacerse de esta disciplina aplicada (Silva, 1988).

Las diferentes formulaciones teóricas desde las que se evalúa (a algunas de las principales prestaremos atención en el capítulo 2), guiarán al psicólogo hacia una determinada forma de evaluar, determinando en buena medida las variables, métodos, niveles de inferencia y , en ciertos casos, incluso las técnicas de exploración utilizadas. A continuación destacamos algunos planteamientos conceptuales de interés.

A) *Conductismo paradigmático*

Fernández-Ballesteros (1992), en relación al modelo de conductismo paradigmático (punto 2.3.6.2.) que defiende, en el que se intenta integrar los sistemas biológico, psicológico-conductual y socio-ambiental, propone prestar atención a los grupos de variables siguientes :

1. *Los comportamientos objeto de estudio.* Preferentemente se analizarán en sus tres modalidades distintas: motora, cognitiva y psicofisiológica.

2. *Las condiciones personales.* Características (competencias, habilidades, destrezas...) y atributos psicológicos (variables de personalidad).

3. *La historia personal de aprendizajes.* Por medio de la entrevista, principalmente, el evaluador recogerá la información pasada relativa a sus contextos significativos (familiar, escolar, social, laboral, etc.).

4. *Condiciones ambientales actuales.* En particular las situaciones facilitadoras del comportamiento, adaptativo y desadaptativo, enfatizando en los estímulos sociales.

5. *Condiciones biológicas* (sólo en determinadas aplicaciones clínicas). Cuando procede tener en cuenta este tipo de variables, se realizan exploraciones neuropsicológicas y psicofisiológicas.

Se entiende que el ser humano funciona como un todo orgánico, con relaciones funcionales entre diversos planos. De ahí que la *evaluación psicológica* deba tener necesariamente en consideración el conjunto de funciones del sujeto. Obviamente, este modo de proceder exige la integración individualizada de datos.

B) Proceso de toma de decisiones

Cronbach y Gleser (1965) definen la evaluación psicológica como un *proceso de toma de decisiones* (véase el punto 3.7.). El evaluador, guiado por su afán práctico y de servicio, procura recopilar a lo largo del examen cuanta información pueda y tras elaborar los juicios necesarios, extraer las conclusiones debidas y tomar las correspondientes decisiones evaluadoras, pone todo al servicio de facilitar la toma de decisiones sobre las personas o de éstas respecto a sí mismas. Decisiones orientadas a la solución de problemas personales, institucionales, sociales y ambientales (Silva, 1990, Tack, 1980). La importancia que en algunos supuestos y autores cobra la idea de vincular la evaluación psicológica con el objetivo de favorecer la toma de decisiones se plasma de alguna manera al ser incorporada a la propia definición de evaluación/diagnóstico (Brickenkamp, 1982, Maciá, 1981).

C) Diversidad de estrategias de intervención

Pawlik (1979) distingue en la evaluación psicológica diferentes estrategias de intervención : selectiva, modificativa y mixta. En esta última incluye el denominado por Cronbach y Gleser (1965) *tratamiento diferencial*, el cual combina la orientación del análisis del individuo enfocado a su realidad actual con la atención al mismo tiempo a lo que atañe a su formación para su optimización y progreso.

La estrategia *selectiva* persigue la selección, por ejemplo, en relación al éxito en los estudios, la satisfacción profesional, etc. En cambio, la estrategia *modificativa* busca la modificación de la conducta y/o las condiciones. Tanto en uno como en otro caso y en la propia estrategia *mixta*, la evaluación psicológica/psicodiagnóstico resulta imprescindible para especificar el tipo de tratamiento modificativo u otras medidas de

intervención a adoptar. Bien sean éstas de tipo *indicativo* (para determinar el método más indicado en cada caso concreto) o de *control del tratamiento* (para verificar su efectividad).

D) *Definiciones recientes*

Se han aportado diversas definiciones de lo que se entiende en la actualidad por **evaluación psicológica** y seleccionamos entre ellas dos que nos parecen interesantes:

* *"Análisis flexible y no necesariamente cuantitativo del funcionamiento psicológico de un ser humano, un grupo, organismo o institución con el fin de elaborar un modelo de funcionamiento psicológico"* (Pelechano, 1988b, p. 324).

* *"Aquella disciplina de la Psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto (o un grupo especificado de sujetos) con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta"* (Fernández-Ballesteros, 1992, t. I, p. 58).

Finalmente, y en relación al objeto de estudio de la evaluación psicológica y sus *características*, señalamos las que consideramos más importantes:

1. La evaluación psicológica se orienta al estudio de un sujeto individual y por consiguiente los objetivos que se marca han de ser *idiográficos*.

2. No es su objetivo hallar principios generales, pero sí el tratar de verificarlos

en un sujeto individual. Por consiguiente, es natural que base sus conclusiones en una serie de resultados obtenidos a partir de la aplicación del enfoque y metodología nomotéticos.

3. La exploración y análisis del comportamiento ha de dirigirse no sólo a las características generales, sino también a las culturales y a las específicas propias de la organización individual del sujeto en estudio (Martorell, 1988).

De lo establecido se desprende que en ningún caso la evaluación psicológica se limitará a la aplicación de instrumentos de medida, si bien, para llegar a realizar un análisis científico completo del comportamiento del sujeto, no cabe duda que los instrumentos de evaluación facilitan la recogida de información en la que se basa la evaluación psicológica.

1.1.4. Evaluación psicológica y Psicodiagnóstico

Aunque al referirse a esta disciplina se ha extendido la tendencia a emplear la nomenclatura de *evaluación psicológica*, en el pasado y hasta hace sólo una o dos décadas, estaba generalizado el uso en su lugar de **psicodiagnóstico**, de tal modo que este término se venía utilizando en la práctica en un sentido amplio que desbordaba su estricto significado original y etimológico.

La utilización a que nos referimos sólo en parte hace justicia a la definición que, referida a su sentido restrictivo, hace Pelechano (1988b) como "*uso de métodos de análisis cualitativos para el estudio del individuo y, en todo caso, encaminado a la detección de aspectos funcionales negativos o detección de psicopatologías*" (p. 327). Evidentemente el campo de lo que tradicionalmente se ha venido llamando

psicodiagnóstico abarca un campo mucho más amplio que éste. Es más, en muchos casos el quehacer de psicodiagnosticar se ha fundamentado en métodos abusivamente cuantitativos, con frecuencia despersonalizadores.

El reduccionismo que durante muchos años ha afectado a la idea de psicodiagnóstico, sesgado en la dirección instrumental, se refleja en las características de los textos clásicos de la materia hasta los años 70, auténticos compendios de instrumentación psicodiagnóstica, principalmente psicométrica y proyectiva, donde prácticamente no se estudiaban técnicas de evaluación como la entrevista, la observación, los registros fisiológicos... (Alvarez Villar, 1972, Anastasi, 1973, 1988, Cronbach, 1972, Szekely, 1966, Thorndike y Hagen, 1970, Zazzo, 1965).

Objetivo esencial del psicodiagnóstico fue y sigue siendo el de *clasificar* poblaciones normales y/o poblaciones patologizadas, con el fin de poder tomar decisiones de un tipo u otro en base a dicha información clasificatoria. No hay que olvidar que la clasificación constituye el primer y fundamental paso en el estudio del comportamiento. Sólo así cobran sentido el conjunto a veces caótico de respuestas o informaciones del sujeto recogidas. La clasificación es la base de cualquier ciencia porque exige identificar los fenómenos y facilita la medición de hechos, al tiempo que hace posible la comunicación entre los profesionales de la evaluación psicológica (Adams et al., 1977, en Bellack y Hersen, 1994).

Para poder llevar a efecto la clasificación diagnóstica que entraña el *psicodiagnóstico* hay que pasar por el trámite *evaluador*. En efecto, agrupar a los individuos de acuerdo con sus características distintivas supone haberlos identificado previamente de manera fiable y válida. "*La agrupación de individuos en categorías debe hacerse de acuerdo con la información que de ellos se obtiene*" (Achenbach y Edelbrock, 1993, p. 77).

Además del objetivo de asignar a un sujeto a una categoría del sistema de clasificación adoptado, el psicodiagnóstico puede cubrir otros tres objetivos principalmente. De *orientación*, entendido como consejo en la toma de determinadas decisiones. De *selección* o elección de personas para el desempeño de determinadas actividades. Y de *tratamiento* dirigido a promover algún cambio. En definitiva, el psicodiagnóstico de un modo u otro debe servir de base para la formulación de algún plan de acción (Kaminski, 1980). Es más, "cuanto más precisa sea la evaluación diagnóstica, más apropiada será la planificación del tratamiento" (Scheiber, 1989, p. 163).

Sin embargo, para comprender la evolución histórica del psicodiagnóstico, no podemos evitar hacer una referencia, siquiera breve ya que se abundará en ello más adelante, a la **evaluación conductual**.

La *evaluación conductual* surgió en la década de los 70, con los trabajos de Kanfer y Saslow (1965) y de Kanfer y Phillips (1970), como una alternativa al psicodiagnóstico tradicional y asociado estrechamente con la modificación de conducta.

Una de las críticas principales lanzadas desde esta corriente al psicodiagnóstico fue que no se asociaba debidamente la evaluación con la intervención ulterior. En la medida en que esto sea así, el psicodiagnóstico pierde utilidad práctica y deja desasistida la tarea de intervención, afectando negativamente al tratamiento eficaz de los problemas detectados por el evaluador.

La crítica apuntada es válida a pesar de que entre los objetivos del psicodiagnóstico algunos autores (Gough, 1971) incluyan explícitamente no sólo etiquetar

al paciente e identificar posibles factores etiológicos, sino también determinar la terapia más idónea. Sin embargo, con los *análisis topográfico* (atención a la forma en que se emite las conductas-problema) y *funcional* (atención al efecto de dichas conductas sobre el medio, estudiando sus antecedentes y consecuentes) la evaluación conductual trabaja directamente las variables sobre las que intervendrá en el momento terapéutico. Y esto es así porque desde este modelo de evaluación y terapia no se contempla la existencia de constructos internos inferidos como agentes causales de la conducta, a diferencia del modelo médico que es en el que básicamente y, sobre todo en sus comienzos, se apoya el psicodiagnóstico. Pero es problemático aplicar el modelo médico a los trastornos psicológicos (Fernández-Ballesteros, 1980).

La evolución que en los últimos años se ha dado hacia un modelo de modificación conductual-cognitivo, ha permitido evitar reduccionismos e iniciar un - para unos prometedor y para otros incierto - proceso de convergencia integradora en algunos de los aspectos que conforman la tarea de evaluar psicológicamente. Pero de esto trataremos más adelante (puntos 2.3.5. y 2.3.6., principalmente).

1.2. Desarrollo histórico

Evaluar a sí mismo y evaluar a los demás es una tarea común. Guilford (1967), por ejemplo, así lo ve al incluir la *evaluación* como una de las cinco operaciones, junto a la cognición, memoria, pensamiento divergente y pensamiento convergente de su modelo tridimensional de la inteligencia. Evaluar supone comparar entre los ítems de información disponibles, con respecto a un criterio dado. Conlleva, pues, describir y comparar datos, así como ponderarlos e interpretarlos.

Nada tiene de extraño que siendo tan básica la disposición humana a evaluar,

también psicológicamente, sean remotos los antecedentes que los estudiosos de la historia del psicodiagnóstico y la evaluación psicológica encuentran. Pero no vamos a remontarnos aquí a ellos, sino que nos limitaremos a aludir rápidamente a los antecedentes más próximos en el tiempo y más relevantes. Después pasaremos a analizar los períodos de desarrollo y consolidación de nuestra disciplina, para finalmente presentar unos datos esenciales de la que, a nuestro entender, es la situación actual de la evaluación psicológica.

Hay que señalar que el intento de establecer *etapas* en el desarrollo histórico de la evaluación psicológica, desde sus inicios hasta el momento actual, no ha hallado el deseado consenso. Revisados algunos de los principales planteamientos al respecto (Anastasi, 1973, 1988, Fernández-Ballesteros, 1980, 1983, 1992, Forns, 1993, Maloney y Ward, 1976, Pelechano, 1988a) y a fin de evitar cierta confusión y repeticiones que se seguirían de su exposición independiente y consecutiva, hemos apostado por una salida diferente. Plantearemos una visión sintética personal, inspirada en la aportación de Pelechano (1988a), pero con algunas modificaciones que esperamos mejoren la sistematización y con ella la claridad de este capítulo.

1.2.1. Antecedentes

Dejando a un lado los antecedentes filosóficos de la evaluación psicológica, habría que aludir a algunas aportaciones provenientes del campo de la medicina y la psiquiatría. **Broca** descubrió las bases cerebrales del lenguaje. **Pinel** ahondó en la etiología biológica de los trastornos mentales y enfatizó la importancia y utilidad de estructurar el material diagnóstico en las historias clínicas. **Esquirol** contribuyó decisivamente a diferenciar la demencia del retraso mental y subrayó el interés clínico de conocer la historia familiar de los sujetos explorados. **Kraepelin**, además de su ya clásico sistema

clasificadorio de las enfermedades mentales, creó diversos tests (memoria, atención, etc.) para diferenciar entre sujetos normales y anormales (Fernández-Ballesteros, 1983).

Otros hitos en la historia de nuestra disciplina son los siguientes. **Bessel**, quien en 1822 planteó y estudió la llamada "*ecuación personal*". **Seguin**, creador en 1848 de diferentes pruebas de rendimiento sensorial y motor para la detección de los niños deficientes mentales. **Fechner**, quien con su obra "*Elementos de psicofísica*" (1860) puso las bases de los métodos psicofísicos de medida. **Ebbinghaus**, creador de tests de memoria (1898) para la evaluación de niños (Silva, 1982).

Aunque su importancia rebase el campo de la evaluación psicológica, al considerar a ésta una actividad científica, integrada en la corriente de la psicología general (Fernández-Ballesteros, 1980), es preciso aludir a **Wundt** (1832-1920), padre de la psicología experimental, a la que consideró una ciencia basada en la experiencia. Hizo contribuciones importantes sobre la percepción sensorial, la sensación y la psicología fisiológica, etc. En 1879 creó el primer laboratorio de psicología en Leipzig. Consideró que el método para el estudio psicológico debe combinar: 1) un tipo de experimentación fisiológica, 2) la autoobservación del sujeto de experimentación y 3) un análisis de los productos culturales de las mentes humanas (Wolman, 1970). La propuesta de combinar en la exploración psicológica introspección y observación en un marco de metodología experimental, su énfasis en lo fisiológico y en la atención a las variables culturales, convierten a Wundt en un avanzado (cuya referencia no sería bueno que se perdiera entre los que se dedican a la evaluación psicológica).

1.2.2. Constitución (1880-1910/20)

En la constitución del psicodiagnóstico y de la evaluación psicológica en general,

son tres las figuras destacadas, a los que suele considerarse los fundadores de esta disciplina. Francis Galton, J. McKeen Cattell y Alfred Binet.

1.2.2.1. Francis Galton (1822-1911)

Es considerado el padre de la psicología diferencial. Interesado en la teoría evolucionista (Darwin fue primo suyo), expuso sus ideas sobre el peso de la herencia en algunas características humanas en la obra "*Hereditary Genius*" (1869). Ese mismo año publicó "*Classification of Men According to their Natural Gifts*", referido al estudio de las diferencias individuales.

Con el fin de poder llevar a cabo la medición de las diferencias que permitieran una evaluación descriptiva de las personas, creó diferentes pruebas y aparatos de rápida aplicación, a través de los cuales medir tiempos de reacción, discriminación auditiva y táctil, etc. Su publicación "*Inquiries into Human Faculty and its Development*" se ha considerado el primer y principal punto de partida de los tests mentales (Fernández-Ballesteros, 1980). En esta misma obra ofrece el autor unas consideraciones pioneras sobre las *diferencias individuales en relación al desarrollo y la edad*, por ejemplo sobre los efectos de las pérdidas acústicas en *la vejez* (capítulo 4º de este trabajo) (Forteza, 1993).

En 1884 montó en Londres un *Laboratorio Antropométrico*, donde cualquier persona por poco dinero podía someterse a pasar una serie de mediciones; además de mediciones simples como la estatura, peso, capacidad respiratoria, etc., se le medía un conjunto de capacidades sensoriales, perceptivas y motoras (Dubois, 1970).

Cabe destacar algunas de las aportaciones más señaladas de Galton a la evaluación

psicológica. En primer lugar su interés marcado en el estudio de las *diferencias individuales*, a nivel teórico y aplicado. Fue un buen divulgador que supo llevar a la vida cotidiana lo que hasta entonces había permanecido en los laboratorios. Mostró vivo interés por la recopilación empírica y sistemática de información. Insistió en el aspecto cuantitativo y aplicó la estadística a los datos recopilados, combinando los métodos correlacional y experimental (Silva, 1982).

Galton fue también el primero que utilizó las escalas de calificación (*rating scales*), los cuestionarios y la asociación libre como métodos de conocimiento de las personas. Influyó en que figuras como Pearson y Spearman echaran las bases de la psicometría y con ella del psicodiagnóstico cuantitativo (Pelechano, 1978).

Finalmente, otra de las aportaciones que convierte a Galton en un personaje de actualidad en nuestro campo es que fue él el iniciador de la evaluación psicofisiológica de la inteligencia (Pelechano, 1989). Es el caso del análisis de los potenciales evocados, que se basa en el registro encefalográfico promediado obtenido a partir de la repetición de un mismo estímulo o suceso. Los potenciales evocados proporcionan información directa del tipo de actividad cognitiva, lo que posibilita su estudio en un marco biológico (Carretié e Iglesias, 1990, Vila, 1994).

1.2.2.2. James McKeen Cattell (1860-1944)

Discípulo de Wundt, supo integrar el sentido experimental y de la medida de este autor con las preocupaciones por la psicología diferencial de Galton. En 1890 publicó "*Mental Tests and Measurements*", donde aparece por primera vez la expresión "*test mental*". Inicia el artículo estableciendo que "la psicología no puede alcanzar la certeza y exactitud de las ciencias físicas si es que no se funda en el experimento y en la

medida" (p. 373).

Fue importante su contribución en relación al estado de los tests psicológicos, intentando apresar procesos psicológicos más complejos de asociación verbal, memoria y problemas de aritmética elemental (Pelechano, 1978).

Tras la publicación de este célebre artículo, muchos psicólogos se comprometieron en la utilización de tests (Boas, Bolton, Jastrow, Gilbert...). Gracias a su labor la psicometría pasó del laboratorio a la vida cotidiana (ámbito educativo...). Las realizaciones de dos conocidos discípulos de Cattell, *Thorndike* y *Healy*, dan una idea de lo que supuso este avance (Meuris, 1990).

Las repercusiones sociales y su gran influencia en la psicología norteamericana, se explican tanto por sus investigaciones (tiempos de reacción, psicofísica, tests mentales...), como por su actividad organizadora (fundó la *Psychological Corporation*) e impulsora como fundador de revistas (entre ellas la *Psychological Review*), distribuidor de tests, etc.

1.2.2.3. Alfred Binet (1875-1911)

Binet es la tercera entre las figuras importantes en la constitución de nuestra disciplina. Fundamentalmente investigó sobre psicopatología, psicología educativa y evaluación de la inteligencia. Se mostró interesado por dar el paso del estudio de las funciones simples como la sensación y la percepción (tiempos de reacción, umbrales, etc.) a las formas más complejas de comportamiento, es decir, las facultades psíquicas superiores. Trabajos suyos en esta dirección son: "*La psychologie du raisonnement*" (1886), "*L'étude expérimentale de l'intelligence*" (1903)..., pero el más conocido:

"*Méthodes nouvelles pour le Diagnostic du Niveau Intellectuel des Anormaux*", publicado en *L'Année Psychologique* (revista que él mismo había fundado en 1895) (Binet y Simon, 1905).

En este trabajo se hizo pública la *Echelle métrique de l'intelligence*, primera escala métrica de inteligencia. Esta fue creada para satisfacer la necesidad planteada por el Ministerio de Instrucción Pública francés de separar a los niños normales de los deficientes leves que asistían a las escuelas estatales.

Los 30 tests que componen esta escala de inteligencia están creados con la preocupación de estudiar las facultades psíquicas superiores: memoria, naturaleza de las imágenes mentales, imaginación, atención, facultad de comprensión, sugestibilidad, sentimientos estéticos, sentimientos morales, fuerza muscular y fuerza de voluntad. Estas líneas de exploración psicológica, junto a las que para él deberían ser las reglas fundamentales para la instrumentación, es decir: 1) métodos simples y que no lleven mucho tiempo, 2) medios de determinación independientes del examinador, y 3) posibilidad de comparar los resultados obtenidos por un observador con los de otro, habían sido ya expuesto por él con anterioridad (Binet y Henri, 1895).

Los elementos de la escala de inteligencia tenían una dificultad creciente y la puntuación de cada sujeto se expresaba en una *edad mental* (EM). En la versión de 1908 los ítems de la escala se ordenaron por edades y en la definitiva de 1911 se amplió hasta adolescentes y adultos. El concepto de edad mental dio lugar más adelante (Stern, 1910) al de *cociente intelectual* (CI) (Zazzo, Gilly, Verba-Rad, 1978).

Las principales *aportaciones* de Binet son: 1) el interés por los requerimientos prácticos de la ciencia, 2) su insistencia en una renovación metodológica, 3) el interés por la evaluación de las funciones superiores, 4) el interés por las diferencias individua-

les, 5) la consideración del examen psicológico como complemento de la exploración médica y de la evaluación pedagógica y 6) la constitución del primer test de medida de la inteligencia. Estas decisivas contribuciones, así como la enorme influencia que estos logros acarrearón, son suficientes para considerarlo como uno de los *padres* de la evaluación psicológica (Del Barrio, 1993, Fernández-Ballesteros, 1983, 1992, Silva, 1982).

Aunque no se haya hecho suficiente énfasis en ello, existe una contribución de Binet en torno a la inteligencia que le convierte en pionero de algo que en la actualidad suscita gran interés, es su idea acerca de la *perfectibilidad de la inteligencia*, la susceptibilidad de poder desarrollarla. En su obra de 1911, "*Les idées modernes sur les enfants*", expone esta idea y sugiere aumentar la atención, la memoria y el juicio del niño para de este modo volverle más inteligente de lo que era antes, hasta el límite de las posibilidades de cada uno. Tuvo la perspicacia de adelantarse muchas décadas en la distinción entre sujetos con deficiencia verdadera y pseudodeficientes, esto es, los que muestran en su bajo rendimiento principalmente los efectos adversos del medio. En 1907 creó la primera clase de perfeccionamiento, donde Binet trató de poner a prueba la educabilidad de los niños retrasados cuyo nivel mental había medido, de modo que no se contentaba con clasificarlos (Zazzo, 1993).

Otra aportación que queremos destacar de Binet, desde la perspectiva de una visión actual de la evaluación, se refiere a su inteligente recomendación - tantas veces descuidada con el abuso en la aplicación ciega y rutinaria de tests - de que sus resultados deben ser analizados, *situados en un contexto*, oportunamente interpretados. Y no sólo eso, sino que para Binet tan importante es analizar cómo se produce el pensamiento como detectar lo que de personal hay en él (Del Barrio, 1993). Además de *cuánto* difieren los individuos en inteligencia, a Binet le interesó también saber *cómo* difieren, aspecto cualitativo este último al que denominó *brillantez intelectual* (Benedet, 1991).

En suma, así como Cattell aporta a la evaluación psicológica principalmente la tecnología (los *tests*) y Galton la *metodología* (el enfoque probabilístico y correlacional), Binet le aporta un *objeto* y un *objetivo*. El individuo, más en concreto la psicología *individual*, las diferencias individuales, como *objeto* de la ciencia psicológica, pedagógica... Y el *objetivo* de estudio que marca Binet es la conducta socialmente relevante, y por ello, *las funciones superiores del psiquismo*, abordadas no en el laboratorio sino en situaciones naturales (Silva, 1983).

Aunque secundariamente, no deja de tener cierto interés aludir asimismo a la preocupación de Binet como avanzado de la *metodología observacional*. Así se refleja en su afán de conocer los tipos de observadores, *descriptivo*, *erudito* y *emotivo*, en razón de las descripciones que hacen los sujetos al mostrárseles una fotografía o un evento escenificado, cada uno con sus sesgos propios (Behar y Riba, 1993). Preocupado por tomar los fenómenos tal cual son, impulsa su estudio *natural* y *contextualizado*, reflejo de lo cual es el papel central que otorga a la *observación durante el examen*.

1.2.2.4. Otras figuras destacables

A los tres últimos autores, sobresalientes en sus aportaciones a la constitución de la evaluación psicológica, pueden añadirse (aunque presentados brevísimamente) unos cuantos más. **Thorndike** realizó estudios sobre la inteligencia y construyó pruebas psicopedagógicas. **Ebbinghaus** depuró procedimientos de medida de la fatiga mental y tests para el examen de las habilidades de retención de los niños, introduciendo a su vez las pruebas grupales. **Freud** lidera el modelo dinámico de evaluación, donde se consideran también variables inconscientes a las que se accede por medio de técnicas de asociación. **Jung** publicó "*El Método de la Asociación*" (1909), técnica de asociación de palabras, mediante la cual propone realizar el análisis de los conflictos inconscientes.

En definitiva, en la etapa de constitución de la evaluación psicológica - que para Fernández-Ballesteros (1992) se extiende aproximadamente de 1890 a 1910 y para Pelechano (1988a) hasta 1920 - se va perfilando la posibilidad de análisis de la individualidad a través de la evaluación de características que van de lo sensorial, perceptivo y motor a la inteligencia, gracias fundamentalmente al desarrollo de los tests mentales. Como se ve, la ciencia aplicada que es la psicología, desde sus orígenes se pertrechó de las *técnicas de evaluación* necesarias que le asegurara su conexión con la realidad objeto de estudio (Silva, 1983).

Aunque no nos detengamos en ella, conviene puntualizar que la clasificación de Anastasi (1973, 1988) resulta incompleta, pues además de polarizada sólo en los tests, por las fechas que abarca prácticamente cabría incluirla en este apartado que denominamos de constitución de la evaluación psicológica.

1.2.3. Desarrollo (1910/20- 1945)

El desarrollo de la evaluación psicológica va aproximadamente hasta el final de la Segunda Guerra Mundial (1945). En este período se producen principalmente fenómenos como la aparición de diferentes adaptaciones de la escala de Binet, la aplicación masiva de tests colectivos de inteligencia y de aptitudes, el surgimiento del test de Wechsler, de los inventarios y cuestionarios de personalidad, de las escalas de desarrollo y de las técnicas proyectivas. Pese a su evidente interés, seguiremos en la línea de una presentación sintética.

* *Adaptaciones de la escala de Binet.* Terman (1916) publica la primera adaptación norteamericana de las escalas de Binet, la llamada "*Escala de Stanford-Binet para la medición de la inteligencia*".

* *Aplicación colectiva de tests de inteligencia y aptitudinales.* Con motivo de la Primera Guerra Mundial miles de soldados son sometidos a los tests colectivos de inteligencia *Army Alpha* y, para los analfabetos y sujetos con dificultades con el idioma, el *Army Beta*. El éxito logrado por los psicólogos evaluadores en este contexto de aplicaciones bélicas, favoreció la expansión de los tests a otros ámbitos con fines de clasificación y selección (escolar, industrial, clínico), dotando de prestigio a la profesión. Thorndike (1929) publica sus escalas de medición de aptitudes. Thurstone (1938) publica su "*Primary Mental Abilities*" (PMA).

* *El test de Wechsler.* En 1939 David Wechsler publica la primera versión de su test de *Medida de la Inteligencia del Adulto*, precursora del WAIS. Pensado inicialmente para adultos (a diferencia del de Binet), posteriormente dio lugar a adaptaciones para niños (WISC) y preescolares (WPPSI). Una de sus novedades en relación al test de Binet y derivados es la inclusión en el mismo de una Escala no verbal o manipulativa.

* *Inventarios y cuestionarios de personalidad.* Woodworth (1914) construyó el *Personal Data Sheet*, el primer test colectivo de medida del ajuste personal, que se aplicó masivamente con fines de selección durante la Primera Guerra Mundial. Doll (1936) publica la *Vineland Social Maturity Scale*. Hathaway y McKinley (1942) presentan el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), primer inventario clínico de evaluación de entidades nosológicas psiquiátricas.

* *Escalas de desarrollo.* Gesell (1919) edita la primera "*Escala de desarrollo*" para la evaluación en las primeras edades de la vida.

* *Técnicas proyectivas.* Principalmente son dos las técnicas proyectivas de gran impacto en el campo clínico que aparecen en este período. *El Rorschach* (1921) o

técnica de evaluación de la personalidad mediante la interpretación de manchas de tinta. El *Test de Apercepción Temática* (TAT), de Murray (1938), una técnica de relato en la que, como novedad, se propone la evaluación de las interacciones ambiente-conducta. Por otra parte, Goodenough (1926) edita el *Test de dibujo de la figura humana*, primer antecedente de las técnicas proyectivas basadas en dibujos. Franck (1939) acuña el término "*métodos proyectivos*".

* *Otros campos nuevos de estudio.* En esta época de desarrollo aparecen nuevos campos de evaluación, como el examen de niños superdotados (Terman, 1922), la socialización (*Vineland Social Maturity Scale*), los intereses profesionales y vocacionales (*Inventario de Intereses Vocacionales*, de Strong, 1927 y el *Kuder Preference Record*, de Kuder, 1934).

1.2.4. Consolidación (1945-1975)

Pelechano (1988a) divide este periodo en dos separados por la crisis que plantea, en 1965, la publicación "*Behavioral Analysis*", de Kanfer y Saslow, donde se desarrolla un nuevo modelo de evaluación psicológica, completamente diferente al mantenido hasta entonces, que era el basado en tests, cuestionarios y técnicas proyectivas tendentes a medir atributos, características de la personalidad asociadas a la psicología de los rasgos.

En la primera mitad de este fecundo período que denominamos de consolidación de la evaluación psicológica, se siguen desarrollando y aplicando, con creciente rigor y autoexigencia por parte de los evaluadores, los variados instrumentos de medición reseñados más arriba y los nuevos que fueron surgiendo, sobre todo en los países anglosajones.

El uso masivo de los tests no ha estado exento de duras críticas, con su repercusión social en la llamada "*revuelta antitest*", cuyos brotes principales se dieron en la antigua URSS (1936), pero con mayor repercusión en USA (1959). En el Estado de Texas se quemaron miles de protocolos cumplimentados como expresión de protesta social masiva. Volvieron a repetirse las protestas en 1964, 1965, etc., llegando a prohibirse su uso en algunos Estados. Se les achacó a los tests que atentaban a los derechos del individuo, pecaban de etnocentrismo y eran utilizados como instrumentos de poder al servicio de la clase social dominante... Todo esto sirvió para alertar sobre el mal uso de los tests, sin que por ello puedan ser descalificados globalmente como instrumentos científicos de medición psicológica (Fernández-Ballesteros, 1983).

En este primer período podemos destacar algunos logros importantes. En primer lugar, las aportaciones de Eysenck en cuanto a su enfoque dimensional de la personalidad ("*Dimensions on Personality*", 1947), el análisis funcional de la conducta y la terapia de la conducta. Por otra parte, Kelly, quien en "*The Psychology of Personal Constructs*"(1955), junto a Osgood, creó unos nuevos instrumentos para la evaluación psicológica conocidos como técnicas subjetivas (técnica de rejilla para la evaluación de los constructos personales, diferencial semántico...).

Desde el punto de vista metodológico y a modo de ejemplos, cabe además destacar los planteamientos de Meehl ("*Clinical versus Statistical Prediction*", 1954), Cronbach ("*The two Disciplines of Scientific Psychology*", 1957) y Sidman ("*Tactics of Scientific Research*", 1960).

En la segunda mitad de este período histórico que analizamos, la evaluación psicológica se ve conmocionada por la irrupción del modelo de evaluación conductual antes aludido. En conexión con él, la obra de Mischel "*Personality and Assessment*" (1968), supuso una corrosiva crítica al llamado modelo de evaluación/psicodiagnóstico

tradicional que tuvo un gran eco y repercusión.

Como resultado de las críticas situacionistas, se perfeccionó el modelo psicométrico, en lo que atañe a exactitud, estandarización, fiabilidad y validación de los tests. Por el lado del conductismo situacionista pronto aparecieron destacadas personalidades, como es el caso de Lazarus (*"Behavior Therapy and Beyond"*, 1971), que discreparon con la rigidez y despersonalización de los primeros planteamientos de la evaluación conductual, preludiando la futura flexibilización que se produciría con el advenimiento de la psicología cognitiva.

1.2.5. Situación actual

En las dos últimas décadas se ha producido una gran expansión de nuestra disciplina. Junto al mayor rigor científico conseguido, han aumentado los ámbitos a los que se extiende y son asimismo mayores los servicios que oferta. En este último sentido es de reseñar la aparición pujante de nuevas formas de evaluar que se han extendido a la vejez, al análisis de ambientes, las valoraciones psicológicas...

Por otra parte, se asiste a un movimiento extendido de entendimiento y colaboración entre corrientes y escuelas, facilitado por el fluido intercambio de informaciones entre los investigadores por medio de publicaciones periódicas, congresos, etc. El enfrentamiento que no hace mucho se daba entre seguidores de algunas escuelas y modelos enfrentados, es el caso paradigmático de la llamada evaluación tradicional y la evaluación conductual, se están disipando, se buscan líneas de colaboración que la emergencia de la psicología cognitiva ha facilitado en extremo. La cada día más reconocida autoridad entre los clínicos de sistemas clasificatorios como el *DSM-IV*, un sistema ateórico, ilustra lo que decimos, así como otra característica del modo actual de

evaluar que es el trabajo multidisciplinar.

En estos momentos la evaluación psicológica, además del comportamiento observable tiene también en cuenta los procesos internos del individuo, sus particulares modos de procesar la información. En este aspecto a la evaluación psicológica le interesa en particular el análisis de las variables intermedias entre el estímulo y la respuesta, el conjunto de regulaciones y mecanismos cognitivos por medio de los cuales el sujeto interpreta la realidad (Forns, 1993).

Como resultado del desarrollo tecnológico, se ha potenciado mucho la función de los *ordenadores* al servicio de la evaluación psicológica, y eso en cada una de las tres fases en que, en términos generales, se desarrolla la actividad del evaluador: a) recogida de información, b) procesamiento de dicha información, y c) interpretación (Holtzman, 1971).

Aunque la aplicabilidad de los ordenadores alcanza, en mayor o menor grado, a las tres fases señaladas, sin duda todavía es en la segunda, la de procesamiento de los datos, que incluye su calificación, codificación y análisis, donde se revelan más útiles. Es enorme la ventaja que ofrecen en cuanto a sofisticación de cálculos estadísticos, precisión y velocidad, controlando o cuando menos minimizando las limitaciones y sesgos del evaluador.

La naturaleza interpersonal que conllevan algunos de los principales instrumentos de recogida de información, hace que el ordenador sólo deba ser utilizado en ocasiones (determinados tests y cuestionarios...), como complemento y apoyo a la labor personal realizada por el evaluador o sus colaboradores.

Ultimamente se han editado algunos programas de *software* preparados para

proporcionar interpretaciones, informes de tipo descriptivo, clasificatorio o predictivo del comportamiento. Se recomienda que tanto los informes descriptivos, como en particular los interpretativos, sean revisados (para su oportuna personalización, etc), completados (tanto más cuanto menos integrados sean) y supervisados por el evaluador antes de su transmisión al destinatario de la evaluación efectuada. A modo de ejemplo de los programas de software más conocidos existentes en el mercado español (MEPSA, TEA...), citamos los del PMS, B53, PSY... y sobre todo del MMPI, Kuder y 16PF.

En cualquier caso, la expansión y aportaciones de la informática a la evaluación psicológica son mucho más grandes de lo aquí esbozado, sobre todo en USA. Las aplicaciones se extienden no sólo a los tests estandarizados (a los que se ha aludido), sino también a otros instrumentos de evaluación (entrevistas, observación sistemática, etc.), aportando asimismo algunas otras modalidades de la utilidad del ordenador, como es el caso de la administración de pruebas interactiva, donde los ítems se presentan en la pantalla y el sujeto responde sobre el teclado. El sistema *Computerized Adaptive Testing* (CAT), basado en la Teoría de Respuesta al Item (TRI) (Muñiz y Hambleton, 1992), permite una aplicación "a medida" del sujeto quien selecciona cada nuevo ítem en función de los resultados de la realización previa (Frank de Verthelyi, 1992).

Otra aplicación destacable de los ordenadores se refiere a la ayuda que prestan en la toma de decisiones, cuando utilizan sistemas expertos o programas que, llegando a usar formas de inferencia y razonamiento, se acercan a la forma de razonar de los expertos humanos (ejemplo, el DAI, para aplicación con autistas). Finalmente, hay que señalar que todavía no se han realizado, como sería deseable, las evaluaciones de la calidad de la mayoría de los programas de software utilizados.

Además de la informática, otro desafío actual lo constituye la *evaluación transcultural*. Es y va a ser cada vez más frecuente que el psicólogo se enfrente a la

tarea de evaluar a personas pertenecientes a culturas distintas. En esos casos se plantea la necesidad de analizar si los instrumentos de evaluación utilizados son adecuados, si bien más importante que eso quizá sea que el evaluador sepa interpretar los resultados atendiendo a la especificidad del trasfondo cultural, socio-económico, etc. de cada sujeto.

Para ampliar la visión de la evaluación psicológica en la etapa final que abordamos, es de interés citar algunas de las principales monografías y revistas especializadas . Entre las primeras están las de Bellack y Hersen (1993), Fernández-Ballesteros (1980, 1983, 1992), Fernández-Ballesteros y Carrobles (1981, 1987), Fernández-Ballesteros (1994), Forns (1993), Pelechano (1978, 1988a, 1988b), etc. En cuanto a las revistas, *Análisis y Modificación de Conducta* (1975), *Behavioral Assessment* (1979)/ *Behaviour Research and Therapy* (1992) y *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment* (1985)/ *European Journal of Psychological Assessment* (1992), etc.

Conclusión

En esta primera parte se ha intentado presentar de un modo esquemático la evolución histórica de la evaluación/psicodiagnóstico, disciplina que ha evolucionado en paralelo con la propia psicología. Más propiamente, la evaluación psicológica se desarrolla emparentada con la psicología diferencial en tres contextos aplicados: la escuela, la clínica psiquiátrica y la empresa. Esto es así hasta el extremo de que la psicología aplicada se confunde con evaluación psicológica en las cinco primeras décadas de nuestro siglo (Fernández-Ballesteros, 1993).

Entendemos que las acotaciones conceptuales y terminológicas que recogemos no son ajenas a dicho desarrollo histórico, de ahí que las hayamos agrupado con él en un mismo capítulo.

Puede ser de interés anotar, a modo de conclusión del primer capítulo, las *características* que, a nuestro entender y tratando por nuestra parte de aprender las lecciones que nos depara la historia de esta disciplina, configuran la idea de lo que en la actualidad se entiende por evaluación psicológica. Estas características aun sintonizando con las definiciones recogidas al respecto, tratan no obstante de ir más allá puntualizando algunos rasgos que, o bien subyacen en las definiciones aludidas, o bien pugnan por expandirlas en la dirección de un desarrollo, a nuestro entender, enriquecedor.

Por otra parte, algunos aspectos de esta caracterización de lo que hoy se entiende ha de ser la *evaluación psicológica*, remiten a contenidos que se tocarán en alguno de los capítulos que siguen o a otros que, pese a su importancia, no han podido analizarse dentro de los límites marcados en este trabajo.

Veamos, pues, las *conclusiones* a las que llegamos en relación al concepto de Evaluación psicológica.

1. La evaluación como proceso de toma de decisiones

La utilización de tests y técnicas de evaluación en general debe estar siempre al servicio de los objetivos de la evaluación. Por consiguiente, la evaluación psicológica se concibe en la actualidad como un proceso de toma de decisiones (véase el capítulo 3) que conduce a alguna forma de intervención psicológica (Carbonell et al., 1988, Martorell, 1988).

Son diversas las razones de orden conceptual y metodológico que han contribuído a transformar la vieja práctica de aplicar sistemáticamente una batería prefijada de tests

del tipo de la de Rapaport (1971) o Portuondo (1970), por señalar algunas conocidas. El enfoque de las baterías estándar para la evaluación ha quedado obsoleto (Clarkin y Hurt, 1989).

En consonancia con este criterio general, la evaluación psicológica ha de adoptar necesariamente un enfoque *flexible y abierto*. Esto en la práctica significa que ninguna teoría, modelo, perspectiva, procedimiento o técnica ha de imponerse al resto (véase el capítulo 2). En principio, la no adscripción rígida a cualquier escuela de pensamiento psicológico facilitará la utilización de todo tipo de conocimientos válidos durante el proceso de evaluación (Silva, 1982). Así pues, cuando se habla de evaluación psicológica ha de pensarse en un proceso complejo que va desde el planteamiento de problemas hasta la recomendación de soluciones y tomas de decisión, y donde ninguna perspectiva, estrategia, procedimiento o técnica tiene la exclusiva (Lanyon y Goodstein, 1977).

2. *La evaluación al servicio de la intervención*

Es preciso evitar la discontinuidad que en muchos casos se ha dado entre evaluación e intervención. Se ha afianzado y extendido la idea de que la información recogida a lo largo del proceso evaluador sea *sobre y para* el tratamiento, entendida esta palabra en un sentido amplio (más o menos equivalente a intervención) que desborda la función terapéutica propiamente dicha (Pawlik, 1979).

No procede aislar al psicodiagnóstico en sí mismo, pues aun en los supuestos en los que ése sea el objetivo principal marcado, no ha de separarse de la toma de decisión sobre la intervención que casi siempre sigue al establecimiento del psicodiagnóstico.

Por otra parte, conviene romper la tendencia frecuentemente observada en la

práctica del psicodiagnóstico de concentrarse siempre y exclusivamente en personas patologizadas y/o en aspectos patológicos de las personas. Una de las vertientes de la expansión de la evaluación psicológica pasa por la necesidad sentida de prestar atención a nuevas tareas, que marcan nuevos objetivos, entre ellos aquellos que demandan la atención de personas "normales" y la preocupación por evaluar también aspectos adaptativos, es decir, no necesariamente patológicos. Ejemplos de evaluaciones no centradas en aspectos clínicos son: la descripción, clasificación, selección, orientación, etc. (Fernández-Ballesteros, 1984).

3. *Enfoque pluridimensional en la evaluación*

La complejidad del objeto de evaluación es tal que aconseja abordar la tarea desde perspectivas disciplinares distintas y complementarias. La conveniencia de estudiar un amplio espectro de variables (enfoque multidimensional o multirrasgo) empuja al uso confluyente e integrado de diferentes técnicas e instrumentos (a lo que se aludirá de inmediato). Esta disposición se complementa con la necesidad de *integrar* en la evaluación diversos aspectos de orden biográfico, fisiológico, observacional y psicométrico que conciernen a diferentes niveles: biológico, intrapersonal, interpersonal, familiar, pequeño grupo y sociedad . Lo apuntado se condensa en la fórmula del enfoque *bio-psico-socio-cultural* (Carbonell et al., 1988). El enfoque multidisciplinar, además de ampliar el alcance de la evaluación y ahondar en sus posibilidades, aporta la posibilidad de trabajo en equipo y con ello el aumento de la fiabilidad interjueces o coincidencia entre evaluadores distintos de un mismo fenómeno.

Hace tiempo que se ha abandonado la idea de limitarse sólo a los aspectos individuales, sin considerar el contexto social donde éstos se desarrollan, en la evaluación. Una de las razones en que se apoyaron las "críticas anti-test" fue que el uso

que de ellos se hacía contribuía a ignorar la influencia de importantes variables sociales y culturales. En manuales recientes de evaluación psicológica (Anastasi, 1988, Goldstein y Hersen, 1990, Fernández-Ballesteros, 1992) se presta atención especial a las variables situacionales, sociales y culturales, tanto como a los aspectos personales. En definitiva, la conducta es función de constructos *internos* y de variables *situacionales* que interactúan entre sí. Los esfuerzos de investigación deberían dirigirse hacia la identificación de cómo los factores personales actúan en unión con los factores del entorno para afectar a la adaptación (Carbonell et al., 1988).

Es necesario prestar mayor atención a la contextualización de las evaluaciones. Es más, el evaluador debería ser sensible al trasfondo sociocultural tanto del sujeto evaluado como de sí mismo para de este modo poder atender a los efectos que éstos tengan sobre la evaluación (Silva, 1982).

4. Enfoque multimétodo

Algo se ha adelantado al respecto en el párrafo anterior en cuanto a la necesidad de recurrir al empleo de métodos y técnicas *diversas* en la tarea de evaluar fenómenos complejos (véase el capítulo 2), lo que significa que se concentran en ella una diversidad de estrategias, procedimientos y situaciones de evaluación (Silva, 1983). El enfoque multimétodo, además, es un procedimiento que asegura la repetibilidad o constancia de las observaciones efectuadas por el observador, aminorando asimismo los riesgos de error inherentes al tipo de instrumentos utilizados en las mediciones (Pelechano, 1988a).

5. *Perspectiva comprensiva e integradora*

El análisis de múltiples variables, la utilización de diferentes métodos y la aportación de diversos puntos de vista por parte de distintos especialistas, todo ello obliga a realizar un esfuerzo especial de *síntesis e integración*, no siempre fácil de lograr. Sirva para ilustrar lo que queremos decir el ejemplo de los diversos niveles de dificultad que se plantean en el proceso de integración de los datos según predominen en cada caso datos e indicadores directos o específicos o bien haya que relacionarlos con datos menos consolidados e indicadores indirectos o inespecíficos, no tan bien definidos.

Otro matiz de comprensividad ya apuntado atañe al planteamiento integrador a todo lo largo del proceso de evaluación entre el análisis del problema hasta la toma de decisiones y consiguiente recomendación de medidas de acción (Maloney y Ward, 1976). Porque no es suficiente entender la realidad humana, sino que es necesario transformarla.

6. *Atención al individuo, actitud personalizadora del evaluador*

Cada evaluación efectuada supone el acercamiento a un caso *individual*, lo que arrastra la necesidad de singularización, especificación de los datos que conforman la evaluación/psicodiagnóstico y, en definitiva, la *personalización* del entero proceso evaluador (Allport, 1977, Dana, 1984a, 1984b).

Si bien desde el enfoque evolutivo se propicia la atención a las categorías únicas de cada individuo, no se pierde por ello de vista que éstos siguen un patrón de desarrollo al que es necesario atender como referente en la evaluación. Este punto no sólo es esencial en la evaluación infantil y de la adolescencia, sino asimismo en el campo en expansión de la evaluación en la vejez (véase el capítulo 4).

CAPITULO 2

DIVERSIDAD DE METODOS Y MODELOS

2. DIVERSIDAD DE METODOS Y MODELOS

Introducción

Las principales realizaciones y avances de la evaluación psicológica, hasta por lo menos los años 50, se centraron - como se ha expuesto en el capítulo anterior - en el desarrollo de tests y otras técnicas orientadas al análisis de atributos psicológicos, entidades nosológicas y constructos dinámicos. Sin embargo, en ese período existen escasas aportaciones acerca de las bases *conceptuales* y *metodológicas* de esta disciplina (Fernández-Ballesteros, 1983).

Ahora bien, es la propia vocación aplicada de la evaluación psicológica (Silva, 1983), que remite a una diversidad de ámbitos y tareas, la que ayuda a comprender la diversidad de *modelos* y *métodos* que se dan en la evaluación psicológica (Pawlik, 1976). Por consiguiente, nada tiene de extraño que se tienda a considerar a la psicología como una ciencia *multimétodo* (Cronbach, 1957, Fernández-Ballesteros, 1980, Mayor, 1989, Pelechano, 1989, Peñate, 1993).

El o los *modelos* desde los que se trabaja, proporcionan el marco de actuación, los principios y variables, cuando no también sus específicos *métodos*, que permiten formular hipótesis e iluminan sobre el objeto de estudio y el modo de estudiarlo mejor. "*Resulta muy difícil separar método y teoría dentro de una praxis científica seria*" (Pelechano, 1989, p. 266). Y no es necesario recordar que la evaluación psicológica es "esencialmente, una disciplina de la Psicología Científica" (Silva, 1988, p. 32).

Por su parte, las técnicas de recogida sistemática de información permitirán verificar las hipótesis planteadas. De esta forma se pone de manifiesto la íntima *conexión* existente entre modelos teóricos, métodos y técnicas.

En ocasiones se utilizan los términos *método* y *técnica* de forma intercambiable, creándose confusión al respecto. En este aspecto Fernández-Ballesteros (1992) hace unas precisiones conceptuales y terminológicas diferenciando entre *método*, *técnicas metódicas* o métodos (en plural) y *técnicas*. El método científico por excelencia es el hipotético-deductivo. Los métodos básicos, que es la acepción que se utiliza en este trabajo, son el correlacional y el experimental, a los que por su interés en evaluación psicológica, añadiremos otros dos: el cuasi-experimental y el observacional. Las técnicas son procedimientos para la obtención de información y datos. La diferenciación entre técnica y test ya la recogimos en el capítulo anterior.

Las temáticas referidas a métodos y modelos, generalmente presentes en trabajos de esta naturaleza, cuentan cada una de ellas con entidad más que suficiente para ser abordadas de forma independiente. Aunque aquí estos temas los analicemos por separado, no obstante van expositivamente agrupados en un mismo capítulo para facilitar por un lado su contraste y por otro el apuntar siquiera algunas de sus complejas interrelaciones.

A lo largo de este capítulo se expondrán los que consideramos son los principales *métodos* en la evaluación psicológica, el correlacional, el experimental, el cuasi-experimental y el observacional. El análisis metodológico se completará con la alusión a las controversias que han ocupado la atención en este campo: explicación vs. comprensión, generalidad vs. especificidad, cuantitativo vs. cualitativo e idiográfico vs. nomotético. El estudio de los principales *modelos teóricos* (psicométrico, psicoanalítico, conductual y cognitivo) junto a algunas alternativas integradoras que han surgido al respecto, completará el contenido de este capítulo.

2.1. Métodos principales

En su acepción general *método* es la forma de llevar a cabo una acción de manera estructurada, un sistema procedimental que codifica el *cómo* y no el *qué* de la información y consiste en el conocimiento del conjunto de procedimientos para llevar a cabo, en nuestro caso, la tarea de evaluar (Mayor, Suengas y González Marqués, 1993). La ciencia se define por sus *métodos*, no por su objeto (Holt, 1992). El método es la forma mediante la que obtenemos información sobre la realidad (Zaccagnini y Delclaux, 1982).

Los *conocimientos metodológicos* son de difícil adquisición si al aprendizaje teórico no le acompaña la práctica. Y es así porque aquéllos implican la adquisición de patrones (conceptos) y secuencias de acción (reglas) al servicio del aprendizaje de destrezas, aspecto este último asociado al componente tecnológico esencial en toda disciplina aplicada.

El *método científico* - lo son, en general, los que someten a prueba sus formulaciones - consiste en observar los hechos significativos, establecer hipótesis que los expliquen (en este aspecto son de especial interés las teorías y modelos) y someter tales hipótesis a observación (aquí son de especial interés determinadas técnicas de evaluación) para su contrastación a fin de adoptarlas o no como verdaderas (Delclaux, 1984).

Así pues, el *método* es un principio que encierra en sí la potencialidad no sólo tecnológica (en conexión con la recogida de observaciones y el establecimiento de medidas), sino de formación de conceptos y de hipótesis (en conexión con los modelos y teorías) que pueden derivar en explicaciones y predicciones.

Nos parece sugerente al respecto el concepto amplio que del objeto de estudio de la metodología de la ciencia, y por consiguiente de la evaluación psicológica, se extrae de la reflexión de Moreno (1988). Alude en ella al conjunto de actividades que

en su trabajo realiza el psicólogo, lo que abarca las cuestiones de análisis y diseño (ver también Anguera, 1990), pero también los procesos de razonamiento, percepción, creación de nuevas ideas, modos de integración de conocimientos, etc. A alguna de estas cuestiones tendremos oportunidad de referirnos en el próximo capítulo reservado a analizar el *Proceso*.

A continuación pasamos a analizar cuatro importantes métodos en evaluación psicológica, cuales son : el correlacional, el experimental, el cuasi-experimental y el observacional.

2.1.1. Método correlacional

Los dos métodos científicos de la psicología son por antonomasia el experimental y el correlacional (Cronbach, 1957, 1975). Es ésta una división que, además del contenido metodológico, recoge una diversidad de objetivos. La búsqueda de leyes en el método experimental y la constatación de *diferencias individuales* en el correlacional. Los más extendidos modos de proceder en evaluación psicológica básicamente se miran en alguno de esos dos métodos (Fernández-Ballesteros, 1980). A su vez la observación es un método básico (Fernández-Ballesteros, 1983). Conforme se ha adelantado, a la consideración de estos tres métodos añadimos también la del método cuasi-experimental.

El método *correlacional*, como se ha visto en el capítulo anterior, fue el alma del enorme desarrollo tecnológico que afectó a la evaluación psicológica desde sus comienzos y le otorgó un gran impulso de proyección social (Caparrós, 1984). Desde el comienzo este método caminó asociado a la psicología diferencial (hasta el punto de que es también conocido como *diferencial*), los recursos matemáticos disponibles (la propia *correlación* de la que toma el nombre...) y la psicometría (Fernández-Ballesteros, 1980).

El método *correlacional*, pues, se orienta hacia la medición, por medio de sofisticados procedimientos psicométricos, de múltiples atributos psicológicos. Dichas mediciones se refieren a los tests, clasificados por Cronbach (1970) en dos grandes categorías : a) *Tests de rendimiento máximo*. Se alude con ellos a los de inteligencia, aptitudes y académicos, que exigen la ejecución máxima o rendimiento del sujeto. b) *Tests de rendimiento típico*. Estos son de personalidad, a través de los que no se pretende conocer lo que uno puede hacer, sino lo que tiende a hacer normalmente. En estos dos grandes espacios de la evaluación psicológica el método correlacional ha alcanzado relevantes resultados.

La metodología correlacional se apoya en dos *supuestos* : 1) Las variaciones que se puedan introducir en las variables, por manipulación, se encuentran ya de por sí, y en mayor amplitud de la que se pueda lograr en el laboratorio, en la naturaleza. 2) En la determinación de una conducta, normalmente, intervienen más variables de las que se controlan en el experimento (Bermúdez, 1984).

La metodología de la que hablamos trata de hallar *diferencias individuales* en los aspectos consistentes del comportamiento humano. Mientras el experimentador se interesa en la variación que él mismo crea, el psicólogo correlacional lo hace en la variación ya existente entre los individuos. Este método puede estudiar lo que el hombre no ha aprendido a controlar o nunca puede esperar a controlar. En una palabra, la misión de la correlación es observar y organizar los datos a partir de los experimentos de la naturaleza (Cronbach, 1957). Así como se verá que en el método experimental las variables son independientes y dependientes, en el correlacional se denominan *predictoras* y *criterio* (Martínez Arias, 1981).

Para Avila (1987), las *tareas principales* del método correlacional son las siguientes: 1) La *medición-descripción* de las distintas variables (consistentes) del comportamiento :rasgos y dimensiones. 2) La *clasificación-comparación* de los sujetos en base a sus rendimientos, actitudes o estilos comportamentales. 3) La

predicción (probabilística) del comportamiento en base a métodos matemáticos sofisticados.

La *utilidad* de este método es mayor en las primeras etapas de la investigación en cuanto que facilita la descripción de relaciones, posibles conexiones (no causales) y clasificaciones. También es útil en las últimas etapas de la investigación, por su eficacia para precisar la fiabilidad y validez de las medidas (Mayor, 1989)

Pero su mayor utilidad radica en permitir el acceso al estudio de fenómenos *naturales* no manipulables experimentalmente debido a dificultades técnicas o limitaciones éticas. Los métodos correlacionales *multivariados* - apoyados de programas software de computadora, del tipo SPSS - permiten la consideración simultánea de diferentes relaciones entre variables múltiples (Skinner, 1989). Por otra parte, las técnicas de análisis multivariado permite a los estudios correlacionales ir más allá del descubrimiento de asociaciones entre variables y acercarse cada vez más al descubrimiento de relaciones causales (Alvira et al., 1980).

Para Arnau (1978), el *método correlacional*, además de constituir una inagotable fuente de sugerencias y de hipótesis, hace de puente entre otros dos procedimientos que se estudiarán a continuación, el experimental y el observacional.

Así como el método correlacional permite determinar la interrelación entre una o más variables (precisando su fuerza y dirección positiva o negativa), el *análisis factorial* - un enfoque correlacional más completo - permite evaluar interrelaciones simultáneas entre un gran número de variables que intervienen en la investigación (Hersen y Bellack, 1989).

CARACTERISTICAS DEL METODO CORRELACIONAL

- Orientación hacia la medición/descripción de atributos
- Búsqueda de diferencias individuales
- Pretensión clasificadora y de predicción
- Acceso al estudio de fenómenos no manipulables
- No produce cambios; atiende a los ya producidos
- Asociado a los tests psicométricos
- Atención a una pluralidad de variables
- Baraja variables probabilísticas
- Objetivos de predicción en base a variables criterio
- Apoyo en métodos matemáticos sofisticados
- Muy útil en etapas iniciales y finales de la investigación:
sugerir hipótesis y regular las exigencias científicas de las medidas
- Potenciado por las técnicas de análisis multivariado

Cuadro 1.

2.1.2. Método experimental

Con el método experimental el psicólogo trata de aislar e identificar los mecanismos *causales* subyacentes en las conductas observadas en condiciones *controladas* (cerradas, experimentales). El experimentador modificará las condiciones iniciales (variables independientes) y observará las regularidades en la conducta resultante (variable dependiente). En otras palabras, el método experimental lleva consigo la comprobación de los efectos que se producen en una variable dependiente cuando se introduce una variable independiente (Fernández-Ballesteros, 1980).

Esta característica de *manipulación* de la variable independiente es esencial al método y no tanto que se realice en el laboratorio, ya que cabe hacerlo en el contexto natural, dando lugar a los llamados *experimentos de campo*. Estos últimos, al combinar control con realismo, pueden de algún modo servir como puente entre los métodos experimental y correlacional.

Cabe hacer una reflexión que contraponga el método experimental al correlacional, antes referido. A diferencia de los experimentales, en los estudios correlacionales no se introduce ninguna manipulación experimental, sino que el investigador se limita a observar lo que sucede, sin controlar la situación. Hay menor control pero mayor *realismo*, pues permite la aproximación empírica a la mayor parte de la conducta social (las relaciones entre variables son más complejas) y no sólo a una parte de la misma (*validez externa* mayor). Para Pinillos (1980), sería este enfoque una más acertada forma de aproximación al planteamiento correcto de los problemas científico-sociales (por contraste con los científico-naturales, de los que prioritariamente se ocupa el método experimental).

El método (*técnica metodológica*) experimental es el que se adapta mejor al método científico, aunque no se puede asimilar a él (Mayor, 1989). Ofrece varias *ventajas*: 1) Se puede hacer que el fenómeno explorado se produzca cuando conviene. 2) Pueden repetirse las observaciones en las mismas condiciones iniciales para su comprobación. 3) Pueden variarse las condiciones de forma sistemática y anotar las diferencias producidas en los resultados (Woodsworth y Schlosberg, 1962).

Sin embargo, los comportamientos humanos suelen producirse en condiciones *abiertas*, donde se dan muchas causas al mismo tiempo (*multicausalidad*) que los explican, lo que complica la aplicabilidad real de este método, por ejemplo, en evaluación psicológica. Esto explica que en muchos casos el método experimental sea sustituido por otros métodos, como el cuasi-experimental, el observacional, incluso el mismo método correlacional, etc., más preparados para operar en sistemas abiertos.

En el método experimental el investigador no se limita a descubrir relaciones entre las variables, sino que indaga en las causas entre ellas. Contrasta con el método correlacional, el cual no es determinista sino estocástico, es decir, se mueve en términos de leyes de *probabilidad*, para lo cual recurre al apoyo de los métodos estadísticos (Alvira et al., 1980).

Resumiendo, los *rasgos característicos* del método experimental son: 1) Diseño investigador. 2) Manipulación de las variables independientes. 3) Control de las variables extrañas. 4) Empleo de técnicas de medición cuantitativas. 5) Escenario artificial. 6) Puesta a prueba de hipótesis. 7) Aporta información distinta de la que se obtendría mediante observación. 8) Proposición de resultados que informan sobre relaciones causales (Castro, 1975, citado en Riba, 1991, pp. 61-62).

Si hubiera que comparar el método experimental con el observacional, que se analiza más adelante, diremos que ambos hacen preguntas distintas y persiguen finalidades diversas. La experimentación busca más bien aislar, controlar y generalizar a grandes poblaciones. Por su parte, la observación persigue la aplicabilidad directa de lo estudiado a la realidad, a poblaciones más reducidas (Anguera, 1991).

Volviendo a las *limitaciones* del método experimental, hay que tener en cuenta la posible filtración en la situación experimental de variables no controladas (variables *extrañas*). Estas pueden ser variables de la propia situación experimental o del ambiente. También hay que considerar entre ellas las variables personales, éstas más difícilmente controlables, referidas al experimentador (*efecto Rosenthal*) y/o al sujeto objeto de la experimentación (*características de la demanda*) (Alvira et al., 1980).

Finalmente, otra importante crítica, relacionada con su *artificialidad*, que se hace a este método es lo impropio de generalizar los resultados de situaciones artificiales a situaciones naturales (validez externa limitada). El método que propicia la exploración sistemática del comportamiento humano en situaciones naturales será objeto de estudio en uno de los apartados siguientes.

Antes de cerrar este apartado, señalamos que los tres *objetivos* que suelen atribuirse al método experimental: 1) medir los eventos psicológicos, 2) especificar y predecir sus condiciones, y 3) producirlos a voluntad dados ciertos supuestos, se

van a reflejar en determinados modelos, como el conductual al que nos referiremos con algún detalle más adelante.

CARACTERISTICAS DEL METODO EXPERIMENTAL
<ul style="list-style-type: none">- Orientado a la medición de mecanismos causales- Aplicación en condiciones controladas y sistemas cerrados- Diseño investigador, de puesta a prueba de hipótesis- Atención centrada en un número reducido de variables (VI y VD)- Restringido en el control de la situación y variables- Asociado a la observación y el laboratorio- Apoyo en técnicas cuantitativas de medición- Susceptible de repetición/verificación- Manipulación centrada en la variable independiente (VI)- Afán controlador y generalizador- Reduccionismo causal (multicausalidad por lo general del comportamiento)- Variables personales infiltradas (experimentador y sujeto de la experimentación) de difícil control- Artificialidad y dudosa validez ecológica

Cuadro 2.

Cuadro 3. Diferencias entre los métodos experimental y correlacional (A partir de Cronbach, 1957).

EXPERIMENTAL	CORRELACIONAL
-Evalúa la variación que crea el experimentador	-Evalúa la variación ya existente
-Estudia variables situacionales que controla	-Estudia variables (intrapésicas) incontroladas e incontrolables
-Estimación de la tendencia central	-Estimación de la desviación típica
-Interés en la varianza entre tratamientos controlados	-Interés en las variables (diferenciales) no controladas por quien experimenta
-Focalizado al tratamiento	-Focalizado a la evaluación/diagnóstico
-Consideración de las diferencias individuales como fuente de error	-Consideración de las diferencias individuales como variables intervinientes
-Aporta explicaciones causales	-Aporta (grados de) correlación entre variables
-Visión focalizada pero estrecha de las variables que modifican la realidad	-Visión multivariada de la realidad

2.1.3. Método cuasi-experimental

En la revisión de su artículo de 1957, Cronbach (1975) reconoce que no es posible ni viable el intento planteado de unificación a través de los *diseños ATI* o diseños de interacción entre aptitudes (correlacional) y tratamientos (experimental). Con estos dos métodos - el correlacional y el experimental - se abren dos vías válidas, aunque al parecer incompatibles entre sí, para el desarrollo de la psicología científica. No todos los estudiosos del tema coinciden con que estos métodos sean excluyentes, sino que algunos los ven como polos de un continuo donde se mezclan sus procedimientos (Alvira et al., 1980).

Para Campbell y Stanley (1973) el verdadero puente entre la experimentación y la correlación lo constituyen los llamados estudios *cuasi-experimentales*, que pueden agruparse en dos grandes tipos. El primero contempla una cierta manipulación experimental, pero no cuenta con grupo de control, debido a lo cual se carece de la base de comparación. El segundo cuenta con notable igualdad entre los grupos en cuestión, pero no contempla la manipulación experimental. El método cuasi-experimental combina un cierto rigor exigible con la intensa aproximación a los problemas reales. Intenta aunar el control experimental con el realismo correlacional (Fernández Trespalacios, 1983).

En términos utilizados por estos autores, se trataría así de combinar la validez *interna* con la validez *externa*. La primera garantiza que los cambios observados de la variable dependiente dependen de los cambios en la variable independiente, es decir, la verificación de la hipótesis. La segunda, que se da la posibilidad de generalización de los resultados a poblaciones y situaciones distintas de las del estudio original. Obviamente, en el experimento en cuanto tal se alcanza el grado más alto de validez interna, generalmente en detrimento de la validez externa que asegura mejor el método correlacional y que el método cuasi-experimental, como se ha visto, trata de conjugar.

La principal diferencia del *método cuasi-experimental* con el experimental radica en la imposibilidad de manipular la variable independiente y/o de asignar aleatoriamente los sujetos a condiciones (Martínez Arias, 1981). En consecuencia, en los diseños para la evaluación del cambio, las comparaciones posttest se basan en grupos no equivalentes, que pueden diferir entre sí en más aspectos que en la mera presencia o ausencia del tratamiento. Por lo demás, utiliza el modelo estadístico de los experimentos verdaderos en el análisis de los datos.

Para algunos autores (Martorell, 1985) los **diseños de caso único (N=1)** expresan una de las posibilidades de estudio científico del individuo ("las variables independientes pueden ser definidas y manipuladas sistemáticamente", p. 28),

encasillable dentro de los *métodos cuasi-experimentales*. En cambio, otros (Martínez Arias, 1984, Arnau, 1994) lo estudian también dentro del grupo de diseños experimentales. Según Silva (1978, 1980), *N=1* representa una estrategia alternativa tanto a los diseños correlacionales como a los diseños experimentales clásicos en lo que tienen de estudios de tipo grupal.

En cualquier caso, en los *diseños N=1* tiende a reducirse parte del rigor propio de la metodología experimental de los diseños de grupo (de ahí que se les haya llamado también diseños "con control parcial"), con las lógicas limitaciones tocante a la generalización de los resultados. Sin embargo, la contrapartida de estos diseños, respecto a los *diseños intergrupo*, consiste en que gozan de mayor flexibilidad, economía, aplicabilidad a las situaciones reales y sensibilidad a las diferencias personales, con el consiguiente beneficio *idiográfico* y de orden práctico. De hecho han servido para tender un puente entre la investigación y la práctica.

Este tipo de diseño conlleva la medición objetiva de *un solo sujeto* durante un período largo de tiempo y en condiciones muy controladas, con el fin de evaluar los cambios producidos como resultado de la aplicación de algún tratamiento. Se basa en observaciones bien definidas de un solo sujeto, pero obtenidas a lo largo de una serie temporal, así como en descripciones adecuadas de las variables y control de las fuentes de variación.

Básicamente, el diseño de caso único está compuesto por dos *fases (modelo A-B)* : A) *Línea de base*: se hacen observaciones y se toman registros de la variable de respuesta en ausencia de tratamiento; B) *Fase experimental o de tratamiento*: se siguen tomando registros de la variable de respuesta a partir de un punto de corte en el tiempo, allá donde se aplica la intervención (Arnau, 1994).

Los pasos a seguir en los diseños de sistema único (Bloom y Fischer, 1982, en Avila, 1992) son: a) Especificación del problema. b) Medida del problema. c)

Medidas repetidas (sobre el problema objeto). d) Línea de base. e) Diseño. f) Definición clara de la intervención. g) Análisis de los datos.

Los diseños experimentales de sujeto único pueden ser un paso intermedio importante entre la mera aplicación clínica del estudio de un caso y la evaluación de comparaciones de tratamientos entre grupos, por lo que "los diseños de caso único resultan más adecuados, en general, que los diseños de grupo" (Echeburúa, 1993, p. 83).

Finalmente, destacamos algunas *ventajas* adicionales de los diseños de caso único: 1) permiten extraer conclusiones sobre la eficacia de tratamiento con un paciente particular, 2) el propio sujeto es utilizado al mismo tiempo como "grupo" experimental y de control, lo que permite poner de relieve la eficacia de un tratamiento, y 3) permite también realizar un análisis preciso de los componentes que han provocado el cambio promovido por medio del tratamiento (Martínez Arias, 1984).

CARACTERISTICAS DEL METODO CUASI-EXPERIMENTAL

- Carece de grupo de control o de manipulación experimental
- Aúna control experimental y realismo correlacional
- Conjuga validez interna y validez externa
- Acceso a hallazgos generalizables
- Flexibilidad, economía, aplicabilidad a situaciones reales
- Sensibilidad a las diferencias personales (idiográfico)
- Muchas mediciones de un solo sujeto (N=1)
- Diseño N=1: Modelo en dos fases: a) Línea de base; b) Fase experimental (tratamiento)
- Pasos en el diseño N=1: Desde la especificación y medición del problema, al diseño, aplicación de la intervención y análisis contrastado de datos
- Permite valorar la eficacia del tratamiento
- Facilita el análisis de los factores promotores del cambio

Cuadro 4.

2.1.4. Método observacional

Todo conocimiento científico tiene su origen en la observación. La **observación** constituye uno de los principales procedimientos para llegar a la validación empírica de los postulados teóricos que emanan de los diferentes modelos (Arnaú, 1978).

El conductismo (Watson, 1930) propuso suplantar "la ciencia de la vida mental" por la ciencia de la conducta. Es decir, extraer todos los datos pertinentes de la observación externa, utilizando métodos empíricos científicos. Tales métodos son el experimental y el observacional.

Del primero de ellos ya se ha hablado. El *método observacional* actúa por definición en sistemas abiertos, *naturales*, y se caracteriza por el estudio del comportamiento espontáneo del sujeto (Anguera, 1994). El evaluador adopta una

actitud no interventiva, en contraste con la metodología experimental, donde dicha actitud interventiva adopta su máxima expresión (Anguera, 1990).

La idea esencial es extraer de la observación sistemática, con el apoyo de las oportunas técnicas de recogida de información, suficientes regularidades de los datos que permitan acceder a conclusiones interpretativas objetivas. Digamos con mayor rigor que relativamente objetivas, puesto que lo que llamamos "datos" de observación están cargados de teoría y afectados de varias clases de *sesgos*. Lo cual, bien mirado, viene a significar que los datos no son "datos" por la naturaleza, sino que es el observador quien los "toma" de un flujo de acontecimientos en cambio constante (Shotter, 1992). No existe la "inmaculada percepción" (Nietzsche) pues toda observación se realiza desde la personalidad, creencias y valores del observador, quien se sustenta en una determinada cultura y teoría, lo que implica inevitablemente un nivel de *interpretación*. No existe, pues, el observador totalmente objetivo. La observación es un proceso activo, psicológicamente complicado, que sólo admite un grado razonable de objetividad (Bleger, 1972). Pese a estas dificultades y reservas, el observacional es el método que facilita un muestreo comportamental cargado de menos *inferencias* (Goldfried y Kent, 1972).

Por consiguiente, la toma de decisión que en cada caso determina el modo de llevar a cabo la observación no se realiza en el vacío, sino en función de una "estructura de referencia" (Blanco y Anguera, 1991). Lo que significa que su naturaleza depende de: los eventos a observar, los registros, niveles de sistematización, objetivos y estrategias, tanto como de las teorías, supuestos hipotéticos y experiencias pasadas del sujeto observador a partir de los que se planifica la observación. Dicha estructura de referencia condiciona las *unidades* y *sistemas de observación* en cuanto que afecta a lo que se observa y al propio registro de los datos. Los sistemas de signos para la codificación y registro pueden clasificarse en: 1) *Verbales*. 2) *Nominales*. 3) *Dimensionales*. 4) *Estructurales* (Blanco y Anguera, 1991).

En el uso del término *observación* se da cierta equivocidad ("plurivocidad" lo llama Mayor, 1989, p. 448), dado que posee varios niveles de significación. Uno, muy general, alusivo a que es la primera fase del método científico positivo, a la que siguen la inducción de hipótesis, la deducción de conclusiones y la verificación de dichas conclusiones (Pinillos, 1962). Estamos ante la observación como denominación genérica de un proceso muy complejo (como se ha insinuado en el párrafo anterior) que consiste en la recogida personal de datos de la realidad (Mayor, 1989).

Otra acepción, al contrario muy concreta y puntual, es la de *técnica* o procedimiento de recogida de información a través de la observación sistemática (Anguera, 1978, 1981a, 1981b, 1991).

La acepción intermedia a las dos expuestas es la que aquí concentra nuestra atención, o sea, la de *técnica metódica* al nivel de otras quizá más conocidas como son la correlacional y la experimental (Fernández-Ballesteros, 1992, Hersen y Bellack, 1984).

Bernard (1976) divide los métodos en dos grandes grupos : experimentales y observacionales, considerando que la propia experimentación no es más que una observación provocada. Propone un esquema del que se desprende que los métodos experimentales combinan control y molecularidad, mientras que los observacionales, *espontaneidad* y *molaridad*, de modo que en este sentido conceptual son opuestos (pp. 25-41).

Cronbach (1975) reconoce la importancia del método de observación, del que destaca su *flexibilidad*, junto a la interpretación histórica de los datos y la interdisciplinariedad. Considerado de esta forma, constituye una alternativa interesante a los otros dos métodos propuestos por él, de los que ya se ha hablado.

El método observacional, aunque también puede aplicarse en situaciones experimentales, en cuanto tal método se realiza en situaciones *naturales* e idealmente

sin que el sujeto observado se aperciba de ello (Anguera, 1994, Fernández-Ballesteros, 1979). En consecuencia, es mayor su *validez ecológica*. Por otra parte, así como el método experimental es nomotético y reduccionista, el observacional es *idiográfico* y *holístico*. El experimental utiliza unidades moleculares, más descriptivas o menos interpretativas, operacionalizables en la situación experimental. En cambio, el observacional utiliza unidades *molares*, nominales, interpretativas, debidamente codificadas para su observación.

Otras *diferencias* del método experimental respecto al observacional son que en éste último, en coincidencia con el método correlacional, no se manipulan variables independientes como se hace en el experimental. A su vez, a diferencia del método experimental en el que se buscan causas, en el observacional se buscan *patrones de covariación* entre conducta y ambiente. Todas estas diferencias no impiden que además de autónomamente, pueda utilizarse el método observacional también de forma articulada y complementaria con el experimental (Riba, 1991).

Una ventaja adicional indudable del método observacional es que propicia la evaluación *comprehensiva e integradora*, dado que "en la investigación naturalista sí se puede obtener una visión de conjunto de todas las variables involucradas y su estructura, además de integrar los parámetros socioculturales y temporales" (Anguera, 1987, p. 85).

A la luz de las ideas que venimos exponiendo, no parece que sea clarificadora la clasificación y terminología utilizada por Delclaux (1984) al denominar *método clínico* a la modalidad de observación desarrollada en la consulta del psicólogo y *método etológico* a la que tiene lugar en el ambiente natural.

Toda observación científica ha de satisfacer estos tres *principios* (Galtung, 1967, en García Ferrando y Sanmartín, 1986): a) De *intrasubjetividad o fiabilidad*. En virtud del cual la observación repetida de las mismas respuestas por el mismo observador debe producir los mismos datos. b) De *intersubjetividad*. Según el cual

la observación repetida de las mismas respuestas por parte de diferentes observadores debe producir los mismos datos. c) De *validez*. Significa que los datos deben obtenerse de modo que puedan realizarse inferencias apropiadas del dato manifiesto a la interpretación latente.

Hablando del método científico en psicología, Yela (1994) se refiere a dos tipos de *comprobaciones* necesarias. Por un lado la comprobación experimental y por otro la comprobación empírica. En ambos supuestos se trata de observaciones sistemáticas, unas veces de fenómenos provocados por el experimentador y otras de los que se presentan sin que el científico influya deliberadamente en su aparición y modificación.

El mismo autor, Yela, alude al carácter *sistemático* de la observación, lo que conlleva la aplicación de técnicas concretas que faciliten la recogida de datos en situaciones previstas, accesibles a distintos observadores, repetibles y que permitan la mayor precisión posible.

Los problemas específicos asociados al método observacional se clasifican en tres grupos: a) Problemas de *procedimiento* (pérdida de información debido al uso de códigos comportamentales, representatividad de los datos, confiabilidad de los mismos). b) Naturaleza *reactiva* del proceso. c) *Prejuicio* potencial del observador (debido a expectativas, feedback evaluativo por parte del experimentador, el conocimiento de que se realizan observaciones de confiabilidad) (Lipinski y Nelson, 1974).

Respecto a este último grupo, es decir, las *fuentes de error* procedentes del observador, se las ha relacionado con dos principales: el tipo de *entrenamiento* recibido para realizar con rigor la observación y las *expectativas* con las que la realiza. Los autores citados, en efecto, coinciden en que la *fiabilidad* de dichas observaciones se incrementa con un buen entrenamiento de los observadores, orientado a controlar la subjetividad y la parcialidad por parte del observador, que

junto a la *reactividad* por parte del observado son algunas de las principales dificultades que se han de superar en la observación (Fernández-Ballesteros, 1979, 1983, 1992; ver también Anguera, 1978, 1990, 1991, 1994).

A continuación se ofrece una visión sintetizada de las *características* del método observacional (Cuadro 5), de las *diferencias* entre éste método y el experimental (Cuadro 6) y la *complementariedad* entre ambos (Cuadro 7).

CARACTERISTICAS DEL METODO OBSERVACIONAL
<ul style="list-style-type: none">- Importancia básica de la observación en la metodología científica- Enfoque empírico, no interventivo, natural (validez ecológica)- Ambición de objetividad, pese a los sesgos inherentes al método- Sistematización y rigor en la recogida de información- Importancia de las unidades y sistemas de observación- Diversidad de signos codificables: verbales, nominales, dimensionales, estructurales- Concreción en diversidad de técnicas observacionales- Idiográfico y holístico, molar (vs.molecular)- Flexible, adaptable, contextual- Comprensivo e integrador de datos- Intersubjetivo, fiable (conjunción de varios observadores)- Busca patrones de covariación entre conducta y ambiente- Necesidad de controlar la reactividad del sujeto observado y las expectativas del observador

Cuadro 5.

Cuadro 6. Diferencias entre los métodos experimental y observacional

EXPERIMENTAL	OBSERVACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> -Interviene en un medio controlado (laboratorio). -Sistema cerrado -Control de las variables en estudio -Baja validez ecológica -Manipulación de la variable independiente -Reducido número de variables en estudio -Propicia datos aislados -Restrictivo y riguroso -Incluye la observación y la cuantificación -Permite extraer conclusiones causales 	<ul style="list-style-type: none"> -Interviene en un medio natural -Sistema abierto -Detección de las modificaciones fortuitas -Alta validez ecológica -No manipulación de variables -Amplitud de variables en estudio -Permite contextualizar e integrar los datos -Flexible y adaptable -Incluye (generalmente) la cuantificación pero no la experimentación -No asegura la obtención de conclusiones causales directas

Cuadro 7. Complementariedad del método observacional (MO) con el método experimental (ME). (A partir de Riba, 1991).

- La dicotomía observacional/experimental es abusiva
- El método observacional forma parte del método experimental ($MO \subseteq ME$), aunque puede también funcionar autónomamente (alternativa metodológica)
- El MO cubre las funciones siguientes en el contexto de la investigación:
 - . generar hipótesis
 - . acumulación de información
 - . apoyo a la descripción y exploración
 - . provisión de la línea base
- La observación, como fase previa del ME, se sitúa en el *contexto de descubrimiento*. La experimentación, en el *contexto de justificación*
- El MO suministra hipótesis, unidades, técnicas de registro y medición
- El MO a veces se emplea cuando cualquier otra aproximación no es factible
- El MO es utilizable al servicio de estrategias inductivas y deductivas. Está mejor dotado que el ME para el estudio de fenómenos complejos (multivariantes)
- Requisitos científicos del MO:
 - . Objetivo bien definido
 - . Planificación sistemática
 - . Contrastación de resultados
 - . Validez y fiabilidad de los datos
- El MO aporta naturalidad, inmediatez, simplicidad y validez ecológica a los procedimientos (artificiales) propios del ME
- El MO es idiográfico, molar y holístico, frente al ME que es nomotético, molecular y reduccionista
- El MO (ciencia estructural) no busca causas como el ME (ciencia causal), sino patrones de covariación entre conducta y ambiente para una muestra dada
- La idea de integrar el MO y el ME apunta a la validez convergente o de validación inter-métodos.

2.2. Controversias metodológicas

Al tratar a continuación de las ya clásicas controversias metodológicas planteadas en la evaluación psicológica, damos un paso más que permita ampliar las ideas expuestas en la primera parte de este capítulo. En todos los supuestos a analizar laten sugestivos interrogantes acerca de la mejor manera de llevar a cabo la acción de evaluar de forma estructurada, científica y práctica.

Por consiguiente, se intentará ahondar en los *procesos de acceso al conocimiento* y a la acción profesional que la evaluación psicológica ha ido acumulando a través de su historia. En cada caso se considerarán las posibilidades que ofrecen en tanto que métodos válidos y facilitadores de la tarea de evaluar. Esto significa que el planteamiento enfrentado entre la explicación y la comprensión, la generalidad y la especificidad, lo cuantitativo y lo cualitativo, lo idiográfico y nomotético, ante todo es un recurso expositivo, no un intento estéril de resaltar controversias y aspectos más o menos polémicos hoy carentes de sentido.

2.2.1. Explicación versus Comprensión

A finales del siglo pasado, *Dilthey* mantuvo que el objetivo de las ciencias *naturales* era la **explicación**, mientras que el de las ciencias *sociales*, la psicología entre ellas, la **comprensión**. Para otros que van más allá, la comprensión sería asimismo objetivo de la ciencia en general (Pinillos, 1980). En todo caso, dos hechos son ciertos: a) que la psicología no ha logrado hacer válida su pretensión de ser una ciencia natural (Watson, 1913) y b) que el gran debate sobre la insuficiencia de los modelos explicativos causales para dar razón de los comportamientos humanos aletea todavía en la disciplina psicológica y en concreto en el dominio de la evaluación (Fodor, 1980, Fierro, 1982).

El punto de vista adoptado por Dilthey propugna que las *ciencias del espíritu* sacrifiquen el objetivo de dar con las causas en aras de no sacrificar la *vivencia*, una componente consustancial del comportamiento humano. Para algunos autores, el conductismo y la corriente humanista habrían representado acaso las posturas más relevantes en la defensa, respectivamente, de la explicación y la comprensión (Weiner, 1972, Filstead, 1986).

La reducción de la polarización expuesta, consiguiente al relativo acercamiento de las dos grandes corrientes psicológicas mencionadas, básicamente como resultado de la asimilación de la influencia cognitiva en el primer caso y de la asunción del carácter científico de la psicología en el segundo (ver Gondra, 1986), ha restado cierta *trascendencia*, aunque no actualidad al tema (Holt, 1992).

Unos y otros van coincidiendo en reconocer que la psicología es una ciencia y va progresivamente creciendo también la sensibilidad hacia la oportuna consideración en la evaluación psicológica de aspectos personales y socio-culturales que no hacen sino enriquecer la visión *comprehensiva* del ser humano, tales como el propósito y significado del comportamiento, así como el sentido que lo guía.

En este aspecto, la metodología *cualitativa* es otra forma legítima de hacer ciencia que ofrece grandes ventajas, entre ellas la preocupación por el contexto donde se producen los comportamientos, así como el interés de interpretarlos y comprenderlos en toda su globalidad y complejidad (Alvarez Méndez, 1986).

En cualquier caso, es bastante problemático que en la evaluación puedan darse explicaciones *causales*. Esto no quiere decir que no deba intentarse aproximar a ese objetivo, como ocurre en el caso de la descripción, la clasificación y la predicción. Las *descripciones* en concreto están consideradas como formando parte del proceso explicativo, de modo que la cuestión se reduce, en síntesis, a saber a qué nivel de explicación nos permite llegar la psicología, de la que la evaluación psicológica no es más que una derivación (Fernández-Ballesteros, 1980, 1983).

No faltan quienes ven en la *explicación* una suerte de descripción extensa y más acabada. Fierro (1982) opina que el descriptivismo psicológico diluye la cuestión del *por qué* en la cuestión del *cómo*. "En este enfoque un hecho de conducta es meramente *descrito* cuando es identificado, caracterizado y medido en sí mismo; y, más allá de la mera descripción, es *explicado* cuando se identifican, caracterizan y miden otros hechos estimulares o conductuales, en cuya sucesión está integrado aquél" (p. 102). Parecida posición adopta Bleger (1972) para quien no existiría oposición excluyente entre comprender y explicar, que son dos grados distintos de integración del conocimiento. *Explicar* es referir un fenómeno a otros ya conocidos o bien a un modelo conceptual, mientras que *comprender* entraña la captación de la totalidad de una unidad de significado o sentido (p. 221).

Antes de acabar este punto queremos recordar que comprensión y explicación no se excluyen necesariamente. Hay distintas formas de hacer ciencia que pasan por la comprensión, por la explicación, pero también por lo que Cook y Reichardt (1986) llaman "comprensión explicativa" de los fenómenos en estudio. Aún más, estos autores sugieren que "ambas perspectivas son necesarias, ambas pueden funcionar *conjunta y complementariamente*" (p. 13).

2.2.2. Generalidad versus Especificidad

Esta segunda controversia ha tenido un desarrollo muy importante en el ámbito de la evaluación de la personalidad. La formulación específica que se le ha dado, paralela a la que nos ocupa, ha sido de contraposición entre la propia personalidad o *rasgos* de la persona y las características de la *situación* (Mischel, 1968, Avia, 1978, Pervin, 1985).

En otras palabras, el debate de *introspeccionismo versus situacionismo*. Los excesos de ambas posturas encuentran un punto de intento de conciliación en el *interaccionismo*. Según este punto de vista, las situaciones también pueden ser una

función de la persona, tanto como la conducta de la persona función de la situación (Bowers, 1973, Bem y Allen, 1974, Mischel, 1977).

Hay, por consiguiente, una *generalidad* (la personalidad en un sentido amplio) que actúa sobre la *especificidad*. Lo cual se refleja bien en la propia definición que da Cattell (1965) de personalidad: "*aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada*" (p. 15).

Por su parte, Bandura (1978, 1987) se ha referido al *interaccionismo recíproco* que se produce entre persona, conducta y ambiente. Por un lado, las personas conforman en parte el medio en que viven (en cuanto que lo seleccionan para sí, intervienen sobre él...), pero el medio también conforma a las personas, por lo que se puede afirmar que las personas y sus situaciones *interactúan recíprocamente*. De tal forma es así que el evaluador alcanzará a establecer un pronóstico del comportamiento tanto más preciso cuanto consiga recabar más datos relevantes acerca de las características individuales, situacionales y del modo de combinación de ambas. Bermúdez (1981) entiende que el concepto de *interacción* significa que la situación afecta al individuo y que éste selecciona la situación y los determinantes significativos de la misma que van a guiar su conducta.

El modelo de rasgos o atributos, y en general el modelo *tradicional*, enfatiza en los determinantes que estamos llamando *generales*, mientras que el modelo *conductual* lo hace en la *especificidad* de la conducta. La interacción entre ambos aspectos se ha soslayado frecuentemente en la práctica, alegando a modo de excusa falta de instrumentación debidamente desarrollada. Pero este olvido acarrea una pérdida de información a veces decisiva. Después de analizar más de 10 estudios, Bowers (1973) se atreve a extraer unos porcentajes orientativos que sirven para ilustrar la importancia de los términos del debate. Las características personales contribuyen al 13%, como promedio, de la variancia del comportamiento de las personas, los factores situacionales el 11% y la interacción de persona y situación, el 21% como promedio.

No nos extenderemos. La dicotomía planteada en estos términos volverá a emerger más adelante en el apartado dedicado a *Modelos teóricos*. En concreto el llamado modelo *tradicional* subraya la influencia de las diferencias individuales y la consistencia de la conducta (la *personalidad*) a través del tiempo y de las situaciones, mientras que el *conductual* apuesta por la variabilidad y la importancia decisiva de la situación en la aparición y mantenimiento de la conducta (Zumalabe, 1993). En términos generales, hay evidencia acerca tanto de la consistencia como de la variabilidad de la conducta (Martorell, 1987).

2.2.3. Cuantitativo versus Cualitativo

La controversia que ahora nos ocupa fue iniciada por Meehl (1954) y continuada por Kelly (1967), por citar a dos de sus más destacados representantes. El debate, en definitiva, no es otro que el establecido entre el método *estadístico* y el *clínico*.

Frente a Galton que simboliza la idea de medición y de utilización de la estadística en la evaluación psicológica, Freud representa a quienes se plantean el estudio del individuo como una totalidad, sin incidir en mediciones sino atendiendo a valoraciones *cualitativas* (método *clínico*). Estas dos personalidades representan mundos diferentes, cuando no enfrentados (la posición positivista frente a la naturalista).

Se tildó al método *clínico* (*cualitativo*) de ser subjetivo, intuitivo y poco científico, mientras que al método *estadístico* (*cuantitativo*) se le achacó su condición de mecánico, atomista y artificial (Kelly, 1967). El primero está más próximo a los datos que el segundo, más orientado a la exploración que a la confirmación, es más descriptivo e inductivo que inferencial e hipotético-deductivo, y asimismo más orientado al proceso que al resultado.

Como es natural, esta confrontación metodológica arrastra consecuencias en lo tocante a preferencias sobre técnicas (psicométricas o no psicométricas), así como respecto al tipo de datos que el psicólogo evaluador decide reunir y al modo de elaborarlos para su interpretación, bien sea por medio de predicciones mecánicas (hoy en día potenciadas por los ordenadores) o personales (Meehl, 1954). Otra implicación de interés a efectos de elaboración diagnóstica es que las distinciones *cualitativas* dan pie a clasificaciones *categoriales*, mientras que las *cuantitativas* a clasificaciones *dimensionales*.

No obstante, en raras ocasiones la clasificación, incluso la descripción o la mera evaluación del comportamiento y/o la personalidad se constituyen en objetivos únicos. Cada vez es más frecuente que la evaluación se proponga como objetivo encontrar soluciones y éstas suelen plantearse en términos de *predicción* del comportamiento (Garfield, 1982).

En este sentido se enmarcan las sucesivas investigaciones de Meehl (1954) en donde comparó la eficacia en tareas de predicción de los métodos *clínico* y *estadístico*. Halló que éste, pese a ser tachado por los clínicos de mecánico e insensible a la dinámica única del individuo, en repetidas investigaciones que hizo (la primera de las cuales se recoge), fue igual o superior en eficacia a aquél.

De este modo quedó demostrado que, al menos en lo concerniente a algunos tipos de problemas a evaluar, la predicción estadística era más estimable. Una vez que se ha establecido en la evaluación las relaciones empíricas entre los indicios y los criterios, el evaluador puede ser suplantado con provecho por un modelo estadístico del fenómeno por predecir. Esto sugiere que acaso la función más importante reservada para el evaluador sea la de formular hipótesis, es decir, "*la identificación o descubrimiento de nuevos predictores o indicios que realzarán la precisión predictiva*" (Lanyon y Goodstein, 1977, p. 181).

No por ello se desecha la posibilidad de que en algunas áreas pueda ser más eficaz el método clínico. Parece razonable concluir con Garfield (1982, p. 385) que "sería muy ventajoso para todos que se determinaran estas áreas en alguna forma definitiva".

El propio Meehl (1959, en Fernández-Ballesteros, 1980, p. 118) concreta seis situaciones en las que el método clínico puede resultar más eficaz que el estadístico, una de ellas por ejemplo, cuando se trata de nuevos hechos, no consignados en las tablas estadísticas. No en vano *el método cualitativo o clínico se caracteriza por ser más próximo a los datos y orientarse hacia el descubrimiento, la descripción y el proceso, preocupado especialmente por la validez externa*. Por su parte, *el cuantitativo o estadístico se caracteriza por llevar a cabo una medición controlada y objetiva, aunque estática, orientándose hacia la comprobación y la explicación* (Reichardt y Cook, 1982, Cook y Reichardt, 1986).

Algunos científicos han propuesto un análisis estadístico menos rígido para aproximarse al método cualitativo, dando origen a la "estadística intensiva" o no paramétrica, con diseños incluso de un caso (Anguera, 1986a, Pelechano, 1993). "Los avances metodológicos realizados en torno al estudio del caso único, permiten el mayor rigor y control experimental junto con la utilización de datos cualitativos" (Fernández-Ballesteros, 1983, vol.I, p. 61).

Vemos que con ser importante y útil la cuantificación (lo que ya se avanzó en el primer capítulo al tratar de la Medición), ésta tiene sus limitaciones y exige un grado de simplificación y de abstracción que fácilmente puede conducir a descuidar aspectos de gran importancia, aunque de tipo *cualitativo* (Cronbach, 1986, Orti, 1986). La evaluación se apoya en la medición pero va más allá de ella, en cuanto que entraña una interpretación de la medida en relación a una norma establecida. Hay que afirmar que tanto las *mediciones cuantitativas* como las *descripciones cualitativas*, enjuiciadas a través de la interpretación, constituyen aspectos igualmente importantes de la evaluación (Lafourcade, 1977).

Dados los avances actuales de la estadística no paramétrica que permite la utilización de información ordinal y categorial y las tendencias dentro de la psicología clínica a la cuantificación y el abandono de las ambigüedades descriptivas, *la dicotomía que analizamos está perdiendo sentido* (Pelechano, 1978).

Fernández-Ballesteros (1992) aporta cuatro argumentos a favor de que se abandone la polémica que describimos: a) La mayoría de los evaluadores utilizan datos *cuantitativos* y *cualitativos*, b) el subjetivismo ha sido abandonado en general por los clínicos que desean trabajar ateniéndose a *planteamientos positivos*, c) la dificultad que en sí entraña la utilización de tablas actuariales propugnadas por los estadísticos, y d) las posibilidades que el estudio del caso único ofrece de conjugar a la vez el rigor experimental con la utilización de datos cualitativos.

Desde otro punto de vista y abundando en las posturas anteriores, tenemos el ejemplo conciliador de la visión que - como metodóloga - refleja Anguera (1985) acerca de los datos y *análisis cualitativos* que a su entender: a) Cumplen un importante papel en las fases preparatorias de las investigaciones, así como en los estudios exploratorios, no así en las fases confirmatorias. b) Resulta imposible llegar a la verificación rigurosa sólo mediante datos o análisis cualitativos. c) Pueden ser transformados en datos cuantitativos. d) Resultan necesarios e insustituibles como complemento de los datos cuantitativos (ver también Anguera, 1986a, 1986b).

Hemos visto que se han hecho diferentes propuestas para *compatibilizar* ambos métodos, incluso para utilizarlos complementariamente, puesto que existen múltiples posibilidades de combinación de datos en las tres fases de la evaluación: la recogida de informaciones y datos, su elaboración y la información sobre la misma (Alvira, 1982, Sundberg, 1977, Fernández- Ballesteros, 1980, 1983, Mayor, 1989, Reichardt y Cook, 1982).

CUALITATIVO	CUANTITATIVO
<ul style="list-style-type: none"> - Fenomenología: Busca la comprensión - Observación naturalista y no controlada - Subjetivo - Cercano a los datos; perspectiva desde dentro - Descriptivo e inductivo - Orientado hacia el proceso - Válido; datos <i>reales, ricos y profundos</i> - No generalizable; estudio de casos aislados - Holístico - Supone una realidad dinámica - Utilización de métodos cualitativos - Recogida libre de la información - Ejemplo de técnica de evaluación: Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> - Lógico-positivista: Busca hechos - Medición reactiva y controlada - Objetivo - Apartado de los datos; perspectiva desde fuera - Hipotético-deductivo - Orientado al resultado - Seguro; datos <i>duros</i> y replicables - Generalizable; estudio de casos múltiples - Particularístico - Supone una realidad estable - Utilización de métodos cuantitativos - Recogida uniforme de la información - Ejemplo de técnica de evaluación: Tests

Cuadro 8. Métodos cualitativos vs. cuantitativos.

(Elaborado de Reichardt y Cook, 1982).

2.2.4. Idiográfico versus Nomotético

La contraposición de los enfoques *nomotético-idiográfico* deriva de la ya planteada entre técnicas metódicas experimentales y correlacionales, que remiten, respectivamente, a las disciplinas de la psicología *general* y la psicología *diferencial* (Fernández Trespalacios, 1983).

Este último debate metodológico que analizamos se refiere a la conceptualización que arranca de Windelband en su libro "*Historia y Ciencia Natural*" (1894), quien acuñó ambos términos *idiográfico* y *nomotético*. (Allport, 1961, Marceil, 1977).

Lo *idiográfico* remite al estudio de los fenómenos humanos individuales, mientras que lo *nomotético* se preocupa por los principios generales. Adelantemos la idea básica de que la psicología puede ser encuadrable entre las ciencias generalizadoras, mientras que la evaluación tiene una *preocupación individualizadora*, si bien esta característica no debe enfrentarle a la ciencia psicológica de la que es sólo una rama o disciplina aplicada (Fernández-Ballesteros, 1980).

Pervin (1975) ha caracterizado los enfoques de que hablamos del modo siguiente. El *idiográfico*: 1) Alude a rasgos y patrones únicos para cada individuo, 2) atiende a valores y creencias de difícil cuantificación, 3) postula métodos aplicables al caso individual, 4) se ve imposible la predicción y deseable la vía de comprensión.

Por el contrario, el enfoque *nomotético* se caracteriza por: 1) La búsqueda de leyes generales del comportamiento, 2) el afán categorizador que permita encuadrar a los individuos, 3) el postular métodos cuantificables y objetivos, 4) el perseguir la predicción y explicación del comportamiento.

Cabe señalar de pasada que si comentamos esta cuestión en la parte final del bloque dedicado a aspectos *metodológicos*, es debido a que - como puede apreciarse - se observa un cierto solape con algunos otros vistos con anterioridad, lo que supuestamente podría propiciar cierta integración conceptual. Sin pretender entrar en esta apasionante cuestión, sólo a modo de sugerencia, recogemos una *pista* de Eysenck (1985) cuando afirma que el método cualitativo se sustenta en la idea *idiográfica* de que los individuos difieren radicalmente entre sí...

Uno de los más acérrimos defensores del enfoque *idiográfico*, Allport (1962) - quien denomina al método nomotético *dimensional* y al *idiográfico morfogénico* - opina que "aunque las generalizaciones estadísticas valen, con reducido margen de error, para la gente en general, no valen para un individuo determinado" (p. 428). Otros autores, en cambio, no creen que exista conflicto inherente entre un enfoque *idiográfico* de la evaluación y una ciencia nomotética de la personalidad, pues habría que orientarse hacia la *aplicación idiográfica de leyes nomotéticas*, lo que no deja de constituir un reto para el evaluador (Bem y Allen, 1974, Fernández-Ballesteros, 1983, Forns, 1993).

En esta dirección se pronuncia Bermúdez (1985) al asegurar que lo *idiográfico* y lo *nomotético* son dos *momentos* del proceso global de investigación. Metodológicamente hablando, los supuestos implícitos en el planteamiento *nomotético* son capaces de abarcar la esfera de lo *idiográfico*, radicando el principal mérito de la *idiografía* en perfilar nuevas variables de interés y propiciar nuevas hipótesis de trabajo. En resumen, *el acercamiento idiográfico servirá para identificar y describir las variables relevantes en cada individuo, mientras que el nomotético para explicar cómo tales características se han desarrollado y cómo se conjugan en un momento y situación concretos en la determinación de la conducta.*

La aproximación *idiográfica* de la evaluación se caracteriza por tres particularidades que la definen: 1) Es una evaluación *a medida*, de forma que en cada caso se elige o diseña el proceso a seguir como la instrumentación a utilizar. 2) Las propias variables a estudiar surgen de la *persona* misma y de su *entorno*, sin que le sean impuestas desde fuera. 3) Se pretende descubrir y explorar el *patrón de variables típico y único* de la persona evaluada (Silva, 1989).

IDIOGRAFICO	NOMOTETICO
<ul style="list-style-type: none"> - Se ocupa de lo irrepitable - Atención a lo individual - Supuesto teórico: cada persona es única - Interés por los rasgos únicos - Evaluación a medida - Metodología cualitativa - Preocupación por la subjetividad - Prioriza la descripción - Potencia la profundidad - Sensibilidad artística - Objetivo: Comprensión individual 	<ul style="list-style-type: none"> - Se ocupa de lo repetible - Atención a lo general - Supuesto teórico: las personas son semejantes - Interés por los rasgos comunes - Evaluación estándar - Metodología cuantitativa - Preocupación por la objetividad - Prioriza la medición - Potencia la exactitud - Sensibilidad científica - Objetivo: Predicción estadística

Cuadro 9. Métodos idiográficos vs. nomotéticos. (Elaborado de Pervin, 1975).

Tal como pone de manifiesto Sundberg (1977), cada persona cuenta con unas características *universales*, otras *comunes* a su grupo de referencia y otras *únicas* en cuanto que individuo. La evaluación debería dirigirse a estos tres componentes. En otras palabras, respetando la base metodológica y teórica de la psicología científica nomotética, la evaluación se construirá sobre la base idiosincrásica de la organización de características del individuo concreto (Fernández-Ballesteros, 1980, 1984).

Pinillos (1989) sugiere la necesidad de conjugar en la evaluación psicológica en general la aproximación idiográfica con la nomotética. Y cuando esto no sea posible, tratar al menos de "vivificar lo nomotético con un toque idiográfico" (p. 15). Este loable empeño por lograr un punto de encuentro entre lo nomotético y lo idiográfico viene de lejos y en lo que respecta a la evaluación se remonta a Binet (Del Barrio, 1993).

Para Pelechano (1993), los acercamientos nomotético e idiográfico se diferencian entre sí a nivel operativo, por el acento distinto que se le dé al *grupo*. En el primero el grupo (normativo) es explícito y sobre él se asientan las puntuaciones asignadas al individuo. En cambio, en el acercamiento idiográfico el *grupo* se encuentra implícito y sirve como esquema general de organización de los conocimientos que se van obteniendo, aunque sin explicitarlo.

El método de *estudio de casos únicos* (Martorell, 1985) (ver punto 2.1.3.) bien puede enmarcarse en esta polémica y aportar una salida que trata de combinar el rigor científico con la sensibilidad hacia el individuo. En el *Cuadro 10* adjunto se presenta una matriz esquemática de enfoques de aproximación posibles en la evaluación atendiendo a algunas distinciones teóricas y metodológicas apuntadas.

Supuesto teórico Supuesto metódico	A. Las personas son semejantes	B. Cada persona es única
A. Examen selectivo de muchos sujetos	AA	AB
B. Examen intenso de unos pocos sujetos	BA	BB

<p>AA: Se comparan las personas con métodos que acentúan las semejanzas entre ellas. P. ej., el análisis factorial e instrumentos derivados de él.</p> <p>AB: Se parte de un supuesto de individualidad pero que se nivela a efectos de evaluación en relación a normas. P. ej., el Registro de Preferencias de Kuder.</p> <p>BA: Representa un diseño evaluador intensivo. P. ej., los N=1, donde las conclusiones halladas se analizan si se mantienen de sujeto a sujeto.</p> <p>BB: Se evalúan las variaciones de conducta dentro del propio individuo.</p> <p>Aproximación ipsativa, interesada por el patrón singular de la personalidad individual. P. ej., la técnica de Clasificación Q de Stephenson.</p>

Cuadro 10. Matriz teoría (columnas) y método (filas).

(Elaborado de Marceil, 1977).

2. 3. Modelos teóricos

Como afirma Pelechano (1993), los conceptos científicos vienen a ser una especie de *artefactos* creados por la mente humana a fin de facilitar la comprensión de los fenómenos, en nuestro caso psicológicos, y ordenarlos en cierto modo. En este sentido las *teorías* se nos aparecen como "un conjunto de conceptos y principios que tienen coherencia lógica y que sirven para coordinar hechos o relaciones observados" (Vernon, 1963, p. 188).

No hay investigación posible ni efectiva realización de la tarea de evaluar, sin el trasfondo de una clarificación teórica que las guíe y respalde. Así lo establece Feyerabend (1974), "la realidad, cualquiera que sea, natural o social, no es repetible ni reproducible directamente, sino tan sólo reconstruible desde una posición teórico-analítica" (p. 61).

Las teorías son construcciones hipotéticas que ofrecen un punto de vista sistemático de los fenómenos, con los que pretenden suministrar explicaciones y predicciones útiles (Kerlinger, 1975). El *modelo* - por su parte - sirve para representar e ilustrar unas hipótesis teóricas acerca de relaciones entre datos empíricos (Fierro, 1982). "Las teorías tienen como fin integrar y ordenar leyes empíricas que se consideran existentes en los datos. En cambio, el modelo es un conjunto de reglas que al ponerse en funcionamiento producen unas acciones que llevan a un resultado" (Rechea, 1980, p. 113).

La *teoría* utiliza una serie de términos que, de acuerdo con su nivel de significación, se clasifican en constructos hipotéticos y variables intervinientes. El *modelo*, por su parte, es la esquematización de una teoría y constituye la base de su verificación, en cuanto que incluye las reglas que relacionan las partes de la teoría. En virtud del modelo la teoría consigue una mayor aproximación a lo real y puede ser probada de forma precisa (Arnau, 1982).

Pese a que - como se ha apuntado - los significados de *teoría* y *modelo* no sean coincidentes (se percibe, además, cierta equivocidad semántica en el vocablo *modelo*), aquí no entraremos en más matices, considerándolos *grosso modo* como términos afines. Puntualizar únicamente que el modelo está a mitad de camino entre la explicación teórica y los datos empíricos y que su pretensión consiste en sistematizar lo real en función de los presupuestos teóricos. Por lo demás, adelantamos que de los diversos modelos que más adelante expondremos, básicamente nos

interesará subrayar *el modo* que tienen de abordar el objeto de estudio, sus presupuestos *conceptuales* básicos y los aspectos *metodológicos* característicos.

Todo científico trabaja a partir de representaciones perceptivas o cognitivas y tanto en la fase de registro de datos como en la de interpretación de los mismos se orienta por *la teoría* (Anguera, 1991). La explicación se refiere no a hechos, sino a proposiciones o enunciados. Las operaciones explicatorias, hacia las que tiende la evaluación, tienen que ver con enunciados de la ciencia y no directamente con sucesos del mundo real, pues a los eventos no podemos referirnos sino mediante *enunciados* (Fierro, 1982). Esta realidad entronca con la importancia que, consiguientemente, cobran los modelos teóricos para el evaluador.

Más arriba se ha recordado que la psicología en general y la evaluación en particular, se ha desarrollado tecnológicamente por encima del nivel de desarrollo teórico. Si bien la correlación entre ambos aspectos no puede ser perfecta, un desarrollo *tecnológico* realmente poderoso y sólido es imposible que se dé desvinculado de los avances *teóricos, conceptuales y metodológicos* (Cattell y Meredith, 1976).

El psicólogo cuenta con dos *formas básicas de obtener datos*: a) los que *recoge* por diferentes conductos, principalmente a través de la observación, para su posterior análisis, y b) los que él mismo *produce*, por ejemplo, interrogando en las entrevistas, aplicando cuestionarios... Pero bien mirado, los datos que maneja el evaluador "ni se recogen ni se producen, sino que *se construyen* a partir de conceptos teóricos convenientemente operacionalizados" (García Ferrando, 1986, p. 97). El marco teórico de referencia va a ser el que permita dotar de un *sentido* preciso a los términos barajados y *contextualizar* el conjunto de la información obtenida a lo largo de la evaluación.

Pelechano (1989) ha apreciado que desde finales de los 60 se nota una cierta atonía teórica en los modelos con larga tradición en psicología, entre ellos el *clásico*

o de evaluación psicológica tradicional y confusión respecto al alcance de la llamada *revolución cognitiva*.

A continuación pasamos, sin más, a efectuar un somero análisis de los modelos psicométrico, psicoanalítico, conductual y cognitivo. Tras contemplar algunos aspectos de la polarización entre evaluación tradicional y conductual, terminaremos aludiendo a un par de modelos integradores que emergen prometedoramente en el panorama actual de la evaluación.

2.3.1. Modelo Psicométrico

El modelo *psicométrico*, también conocido como *correlacional, de rasgos y diferencial*, tiene su origen histórico en el período de los llamados *padres* de la evaluación psicológica, del que se ha hablado en el primer capítulo.

En esencia, desde este modelo se busca la cuantificación de los aspectos psicológicos del individuo a fin de destacar sus diferencias individuales. El comportamiento se explica prioritariamente en función de *variables intrapsíquicas* (capacidades, atributos, rasgos de personalidad...): $C = f(O)$. Estas variables se miden indirectamente, tomándose las respuestas del sujeto como *signos* de las variables internas que se pretenden medir. Desde esta perspectiva modélica se defiende el principio de la (relativa) estabilidad de la conducta a través de las situaciones (Forns, Kirchner y Torres, 1990).

Esta estabilidad relativa se compatibiliza con la consideración de reconocidos supuestos de cambio de la personalidad del individuo derivados de la evolución madurativa, la desestructuración patológica y la reestructuración terapéutica (Maganto, 1990).

Caracterizan a este modelo algunos aspectos metodológicos analizados más arriba, pues el suyo se trata de un enfoque cuantitativo, nomotético y correlacional, que se plasma en los *tests psicológicos*, técnicas de evaluación objetivas y estructuradas, orientadas a la medición del tipo de variables que hemos señalado.

El *objetivo* consiste en describir y predecir el comportamiento del sujeto, en base a una serie de atributos (habilidades intelectuales, rasgos de personalidad...) medidos con tests basados en criterios *normativo-estadísticos* y que son construidos a partir de criterios racionales, empíricos o factoriales. La predicción perseguida se basa en la relación existente entre la puntuación en el test y la conducta criterio que se pretende predecir (Avila, 1986).

Más precisamente, los objetivos de este tipo de evaluación, en el contexto clínico, son los siguientes: Contribuir al *diagnóstico*, *clasificación*, *identificación de la etiología* (no siempre factible) y *pronóstico* de la condición problemática (Barrios, 1993).

Este modelo tiene indudables ventajas. Se pueden citar entre ellas la *facilidad* que supone utilizar tests en la evaluación, tanto en lo que atañe a la rapidez en la recogida de datos, su economía (aplicaciones colectivas, correcciones mecanizadas...), objetividad, comparabilidad de los resultados, gran diversidad de variables psicológicas que pueden abordarse a través de estos instrumentos, etc.

Sin embargo, adolece de una falta de constructos sólidos, en lo que a su validez se refiere, y la utilización exagerada de complejos tratamientos matemáticos crea la ilusión de que los datos barajados son tan exactos como el tratamiento metodológico que se le da (Boring, 1978). Otras *críticas* que pueden hacerse al modelo conciernen a la tendencia a considerar a los individuos como estáticos y no tan susceptibles al cambio como es deseable. Así como los riesgos de valorar al sujeto de forma asituacional, descontextualizada e impersonal, y el inconveniente de desvincular la evaluación de la intervención psicológica. Se ha advertido asimismo

del riesgo que acecha a este modelo, por su apoyo en la teoría de los rasgos, de incurrir en pseudoexplicaciones o explicaciones circulares carentes de información sobre los determinantes causales (Mischel, 1968, Bandura, 1969, Fernández-Ballesteros, 1981d). Finalmente, al centrarse únicamente en los resultados de los tests, se descuida la información respecto del proceso y, asociado a esta restricción informativa, suele conducir a confundir el nivel manifiesto de funcionamiento con la capacidad real del individuo para funcionar realmente (Martorell, 1988).

Además de los tests referidos a normas, que son a los que hemos aludido, donde las actuaciones del sujeto evaluado se comparan con las de un grupo de referencia, existen también los tests referidos a *criterios*, donde la actuación del sujeto evaluado se compara con un estándar criterial fijado de antemano que sirve de referencia para la interpretación de los resultados alcanzados. Se ha subrayado la escasez existente de tests referidos a criterios y la dificultad de construir este tipo de escalas criterioles para cada uno de los casos particulares (Forns, Kirchner y Torres, 1990).

2.3.2. Modelo Psicoanalítico

Evidentemente no es el freudiano el único que compone el llamado modelo *dinámico*, pero en aras de la brevedad expositiva, nos ceñimos por su mayor relevancia al modelo presentado básicamente por S. Freud. Sin duda, una influyente forma de concebir el psiquismo y la conducta desde el área de la personalidad y de la psicología clínica (Caparrós, 1979).

Desde este modelo se considera al comportamiento observable como *signo* de los procesos inconscientes que lo determinan, y a la vez como *muestra* de los recursos adaptativos que dispone el sujeto evaluado (Avila, 1987).

El comportamiento está determinado por las pulsiones, deseos, conflictos y fantasías mentales del sujeto que mantienen entre sí un equilibrio de fuerzas: $C = f(O)$. En ese equilibrio de fuerzas se consideran tres instancias principales: *el ello*, *yo* y *super-yo*. Y el objetivo del sujeto propuesto por esta teoría es de equilibrio y adaptación a la realidad externa, proceso mediatizado por complejas actuaciones como la de los mecanismos de defensa y adaptación (Freud, 1984). La visión histórica de los seres humanos adoptada lleva a suponer que sólo puede comprendérselos haciendo referencia a las pautas del pasado, además de las de su vida actual (Dare, 1985).

Los objetos de estudio fundamentales son los contenidos y procesos *inconscientes* (Freud, 1915), cuya dinámica y etiología de los trastornos se intenta esclarecer, así como la dinámica de la *estructura psíquica del yo* (Freud, 1923). Freud otorgó el papel primordial al inconsciente y una importancia secundaria a la conciencia, si bien inconsciente y consciente no son mundos separados, sino que existe una intensa comunicación entre ellos. Abandonada su inicial concepción de la personalidad basada en los distintos niveles de conciencia, el inconsciente y el consciente pasan a ser cualidades del ello, yo y super-yo (González, 1987).

El *ello* es la raíz de los instintos y fuente de la energía del sujeto. De él brota el denominado *principio del placer*, una instancia ajena a la razón, de naturaleza inconsciente, que conecta con la realidad a través del yo.

El *yo* se rige por el *principio de realidad* y atempera y regula las demandas instintivas del ello en función de los imperativos socio-culturales, tratando de conjugar unas y otros, es decir, pulsiones y normas. El yo es la instancia que guía a la personalidad madura. En contraposición al neurótico, la persona eficaz y madura se caracteriza por poseer una buena *fuerza del yo*.

El *super-yo* representa el código moral resultado de la internalización, a través del proceso de socialización, de las normas sociales. Los trastornos psíquicos

encuentran una explicación en los conflictos no bien resueltos entre las tres instancias freudianas señaladas (Maganto, 1990).

El *modelo psicoanalítico* se apoya en métodos cualitativos, idiográficos, observacionales, de investigación longitudinal y clínica (Caparrós, 1979). *Instrumentos* propios de este modelo son las entrevistas (asociaciones libres, recuerdos, lapsus, fantasías, sueños, otras elaboraciones mentales...) y las técnicas proyectivas, principalmente.

Es típica de este modelo la técnica de la *asociación libre*, que lleva al paciente a relatar en voz alta cualquier cosa que pase por su mente en el orden y forma en que surja. Esta técnica ha sido recientemente retomada desde el campo de la evaluación cognitiva (Parks y Hollon, 1993). De ella se valora la espontaneidad que propicia y por tanto la escasa afectación a que se ve sujeta en lo tocante a distorsiones e inferencias causales, lo que la hace útil para el registro de procesos cognitivos de rumiación verbal, con la lógica limitación propia de los contenidos que son tomados de la memoria retrospectiva.

El psicoanálisis como *método de investigación* intenta recabar datos, clasificarlos, relacionarlos y obtener principios explicativos de la conducta, en sus aspectos normales como anormales (Freud, 1924). Se trata de un método inconfundiblemente inductivo, desarrollado a partir de observaciones clínicas.

Desde la perspectiva que marca el modelo psicoanalítico existen diversas maneras de abordar *la evaluación*. Para algunos autores (Corman, 1971) el núcleo del proceso radicaría en el análisis de la fenomenología - "lo fenoménico es relevante sólo en cuanto que es una representación del conflicto" (Avila, 1987) - del trastorno. En concreto este enfoque lleva a preguntarse : 1) en qué consiste, 2) cómo se inició, 3) condiciones en que se da y frecuencia, 4) perturbaciones asociadas al trastorno principal, 5) reacción del sujeto ante el trastorno. (Ver también como ejemplo

sugerente de pauta más estructurada a seguir para la evaluación psicodinámica de las funciones del yo: González de Rivera y De las Cuevas, 1992).

La comprensión y explicación de la estructura y trastornos de la personalidad, sobre todo a nivel inconsciente, no es tarea fácil para el evaluador, sino que se presenta particularmente compleja y arriesgada, debido a las generalizaciones y *altos niveles de inferencia (nivel IV)* que se ve obligado a realizar para interpretar los signos conductuales, los atributos subyacentes a los mismos, a la luz de la teoría psicoanalítica (Fernández-Ballesteros, 1983).

No es momento de insistir en las importantes *aportaciones* del psicoanálisis a la psicología, la antropología y la cultura, etc. En lo que atañe a la psicología, algunas de las más destacadas serían su gran incidencia en: el área de la *psicopatología*, el concepto de *inconsciente*, el sentido de las experiencias *infantiles*, la visión *evolutiva* de la conducta y de la personalidad, los llamados *mecanismos de defensa*, etc. (González, 1987).

En relación con los *mecanismos de defensa*, el DSM-IV (APA, 1994) los define como "*procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenaza o peligros externos o internos. Mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas*" (trad. cast., p. 785). Es significativa la inclusión en este manual internacional de diagnóstico de una escala de mecanismos de defensa a modo de hoja de registro para el apoyo en la evaluación de los trastornos mentales.

Se ha tachado a este modelo de acientífico por el modo no refutable de sus conceptualizaciones no contrastables empíricamente, y de estar mejor dotado para la explicación interpretativa de hechos ya acaecidos (*postdicción*) que para la predicción rigurosa de los mismos (Bandura, 1969, Fernández-Ballesteros, 1983). También se le ha criticado su carácter *tautológico*, donde la teoría intenta verificar la técnica y viceversa (Fernández-Ballesteros, 1992). Finalmente, abundando en lo ya apuntado,

muchos de sus conceptos son difícilmente definibles en términos operativos y, en consecuencia, es *dudosa la verificabilidad* de muchas de las hipótesis en las que se basa la teoría psicoanalítica (Avila, 1987, Willis y Walker, 1993).

En opinión de Yela (1980), así como la psicología experimental ha reducido la complejidad de los fenómenos psicológicos para estudiarlos mediante técnicas precisas, *el psicoanálisis* aborda aquella complejidad, pero sin aplicar la metodología científica apropiada.

2.3.3. Modelo Conductual

Tal como se ha señalado ya en este trabajo, y al margen de sus antecedentes conductistas, la historia de la evaluación conductual propiamente dicha se remonta a sólo tres décadas, pese a lo cual ha sido considerado uno de los desarrollos de mayor impacto en el campo de la evaluación (Bellack y Hersen, 1993). Surgió fundamentalmente como reacción a la falta de fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos de la época, las duras críticas recibidas por el modelo tradicional de evaluación (evaluación de rasgos, técnicas proyectivas...) tachado de mentalista (Mischel, 1968), la desconexión entre lo evaluado y el tratamiento y, finalmente, como apoyo a la *modificación de conducta*, de la que forma parte inseparable (Fernández-Ballesteros, 1981c, 1984, Matud, 1993, Silva, 1978).

Los *presupuestos conceptuales* principales de este modelo incluyen el énfasis en el ambiente (S) como elicitador de la conducta y - en su formulación radical - el rechazo de toda variable intrapsíquica y de los datos no directamente observables: $C = f(S)$ (Watson, 1913, Skinner, 1953). El *objeto de análisis* es la conducta manifiesta del sujeto idiográficamente considerada, más en concreto la relación *funcional* que se establece entre dicha conducta manifiesta y las variables situacionales, debidamente operacionalizadas (Forns, Kirchner, y Torres, 1990, Maciá, 1984, Pelechano, 1978).

Partiendo del principio de que la conducta *anormal* no es cualitativamente distinta a la normal, la evaluación conductual subraya el carácter mensurable de la conducta - normal o anormal - de modo que trata de manejar datos cuantitativos. Estrechamente integrada al tratamiento, propugna la captación de *conductas-problema específicas*, que no de supuestas causas subyacentes, recogidas preferentemente de la situación natural. Es asimismo propio de este modelo de evaluación la pretensión de especificar con precisión y objetividad (de forma molecular) las conductas-problema, así como *las condiciones que las controlan en la actualidad* (Maciá y Méndez, 1988).

La evaluación conductual tiene un carácter funcional, asociado estrechamente con la modificación de conducta, lo que acarrea algunas *consecuencias aplicadas* para la evaluación que afectan en clínica, entre otras, a las funciones siguientes: a) Identificar problemas de conducta. b) Seleccionar objetivos de tratamiento. c) Identificar recursos del cliente. d) Identificar relaciones funcionales y causales asociadas a problemas de conducta y objetivos de tratamiento. e) Diseñar programas de intervención (Haynes y Wai'Alae, 1994, p. 167). Otras funciones adicionales serían: f) Evaluar la eficacia del tratamiento. g) Si fuera necesario, revisar el tratamiento (Barrios, 1993).

La evaluación conductual se *caracterizó* en un principio por los elementos siguientes: a) la aplicación del análisis funcional skinneriano, b) la utilización de la observación como método único de evaluación, c) el inductivismo como planteamiento básico, d) el rechazo de autoinformes, e) el rechazo de los tests psicológicos y principios psicométricos (Fernández-Ballesteros, 1994).

El *análisis funcional* (también llamado *análisis ABC*) se centra en las conductas específicas y en las condiciones bajo las que se realizan, por lo que implica evaluar los acontecimientos que preceden a determinado comportamiento, es decir, las *condiciones ambientales (A)*, *el comportamiento en sí mismo (B)* y *las consecuencias que se derivan del mismo (C)*. Así pues, una evaluación conductual

completa exige evaluar con precisión cada uno de los tres elementos del análisis funcional: *antecedentes*, *comportamiento* y *consecuencias* (Skinner, 1953-1974, Sidman, 1960-1973).

Las *características* fundamentales del modelo conductual de evaluación son las siguientes: 1) Análisis de las variables ambientales que controlan la conducta problema. 2) Énfasis en la conducta motora externa y en la observación como método de evaluación prioritario. 3) La conducta entendida como muestra y no como signo de entidades intrapsíquicas. 4) El comportamiento se entiende situacionalmente específico. 5) Recurso a los métodos de evaluación directos, que permitan el acceso inmediato a lo que se indaga. 6) Análisis idiográfico, específico para cada individuo. 7) Importancia del análisis funcional para seleccionar las respuestas problema (variables dependientes) y las variables (independientes) que las controlan y mantienen (Fernández- Ballesteros, 1988, p. 15).

Antes de continuar con las características de este modelo, consideramos oportuno hacer una breve disquisición histórica. Es sabido que entre el conductismo duro inicial de *Watson* (1913) y la situación actual de este paradigma media una evolución de ocho décadas y hay que tener presente la opinión de *Tolman* (1932) de que "hay conductismos y conductismos". Sin ir más lejos, el de este autor se aparta de la definición molecular de la conducta watsoniana que describe la misma en términos de simples conexiones estímulo-respuesta y de sus estrictos componentes físicos y fisiológicos. *Tolman*, en cambio, adopta una definición molar, donde la conducta tiene sus propiedades descriptivas y definitorias e introduce - por primera vez junto con *Hull* (1930) - ciertos determinantes propositivos y cognitivos, eso sí definibles objetiva y funcionalmente.

Esta última precisión puede resultar de interés al objeto de diferenciar de algún modo - para ajustarse al esquema planteado en este trabajo - el modelo conductual de evaluación del conductual-cognitivo, bien entendido que entre uno y otro la transición es paulatina y este proceso dinámico que empezó precozmente no

puede darse por terminado. Tal vez dicho esto se entienda con la debida flexibilidad el significado e implicaciones de algunas de las restantes caracterizaciones, contenidas por ejemplo en la definición que respecto a la evaluación conductual se expone a continuación, ciertamente referidas a nuestro entender a un momento evolucionado del modelo conductual, al que llega visiblemente urgido por la necesidad de que el desempeño de la evaluación y modificación se adecuen a la complejidad de los comportamientos humanos a los que se deben.

Fernández-Ballesteros (1992, 1994) recoge una definición de evaluación conductual cuya que, con más propiedad, habría de atribuirse a la evaluación conductual-cognitiva. Dice así: *"aquella alternativa a la evaluación psicológica a través de la cual se trata de identificar las conductas objeto de estudio, tanto motoras como fisiológicas o cognitivas, así como las variables ambientales y/o personales que las mantienen y controlan, con el objetivo de realizar un tratamiento o cualquier otro tipo de intervención conductual y su valoración"* (Fernández-Ballesteros, 1981c, p. 64). Es evidente que la alusión que en esta definición se hace al triple sistema de respuestas, donde además de la motora y fisiológica, se introduce la modalidad *cognitiva*, es una adquisición inicialmente titubeante en el modelo conductual y relativamente tardía (Lang, 1968), de ahí la referencia hecha al modelo *conductual-cognitivo*, del que se tratará específicamente más adelante. Entendemos que de forma más ceñida la misma autora abunda en el intento de definición de la evaluación conductual como *"una estrategia evaluativa basada en un modelo teórico que exige un procedimiento experimental en el que han de utilizarse, necesariamente, una serie de técnicas de medida al proceder a la formulación y a la verificación experimental de las hipótesis funcionales"* (Fernández-Ballesteros, 1984, p. 40).

Existen algunas *pautas* que ilustran acerca de lo que procede que durante la evaluación conductual explore el psicólogo. Es clásica la aportada por Kanfer y Saslow (1965, 1969) que se sintetiza en los pasos siguientes: 1) Análisis de la situación problemática en la doble faceta de conductas del cliente y 2) de factores ambientales que la mantienen. 3) Análisis motivacional (estímulos aversivos y

refuerzos positivos asociados al problema). 4) Identificación de los cambios biológicos, sociológicos y conductuales (análisis evolutivo) producidos en la historia del individuo, que pudieran ser relevantes para el tratamiento. 5) Situaciones y conductas que el individuo es capaz de controlar. 6) Aspectos aversivos o reforzantes de sus relaciones con los demás. 7) Facilidades o recursos y limitaciones para ajustarse a las exigencias de su ambiente (físico-social-cultural).

La tarea del evaluador conductual se resume en tratar de responder a un conjunto de tres preguntas interrelacionadas, propuestas por Kanfer y Saslow (1969), planteamiento que pone de manifiesto didácticamente aquello en que consiste el análisis funcional del que se ha hablado como característico de este modelo. Las preguntas son: 1) ¿Qué *patrones de conducta* necesitan ser modificados en su frecuencia, intensidad, duración o en relación a las condiciones en las que aparecen?. 2) ¿En qué *condiciones* se adquiere dicha conducta y qué factores la mantienen?. 3) ¿Qué *medios* serán más adecuados para alcanzar las modificaciones deseadas del problema específico en este individuo concreto?.

Así pues, el objetivo final de estos sucesivos análisis no es otro que *reformular el problema* en términos de patrones conductuales y poner las bases de la metodología, objetivo y proceso terapéutico. Con la importante salvedad, que es necesario destacar, de que desde el modelo de evaluación conductual *radical* estados mediacionales, como puedan ser la ansiedad y otras conductas encubiertas y cogniciones, quedan fuera de la posibilidad de ser analizados (Goldfried y Davison, 1981, Kazdin, 1983).

El *modelo conductual* históricamente ha contribuido de una forma importante a la superación de los modelos médico e intrapsíquico de enfermedad y de evaluación y tratamiento de la misma (Maciá y Méndez, 1988), los cuales tendían a relegar al psicólogo al papel de mero comparsa de otros profesionales de la salud.

Entre las indudables *ventajas* que este modelo aporta, no es la menor el rigor científico, la preocupación por el método, la precisión y la objetividad de la información barajada durante la evaluación. Todo ello redundará en mejores resultados en cuanto a predicción y control de la conducta. Es muy importante la vinculación establecida entre evaluación y tratamiento, así como la extensión de la evaluación no sólo al pretratamiento sino también al postratamiento o seguimiento de los efectos terapéuticos (Forns, Kirchner, Torres, 1990).

Finalmente, se han señalado varias *limitaciones* de la evaluación conductual:

- a) Algunas deficiencias metodológicas, entre las que figuran la ausencia de referencias normativas útiles para la comparación entre sujetos, un cierto olvido en sus instrumentos de las garantías de fiabilidad y de validez.
- b) Algunas deficiencias o insuficiencias teóricas, derivadas del rechazo de explicaciones mediacionales entre estímulos y respuestas, siendo particularmente criticable en ocasiones (trastornos de ansiedad, etc.) el olvido durante la evaluación de ciertos factores relevantes no situacionales (Echeburúa, 1993).

Más adelante, en particular al tratar el punto 2.3.6.1. (modelo conductual-cognitivo), se dejarán ver con mayor nitidez las *deficiencias* inherentes al modelo conductual radical, así como las direcciones que el mismo ha tomado a efectos de recuperar al sujeto de la evaluación en su esencial complejidad, es decir, la persona.

2.3.4. Modelo Cognitivo

Existen acepciones distintas del término *cognitivo*, como expone Fernández-Ballesteros (1981b), quien las resume en lo que los estudiosos denominan *constructos*, *estructuras*, *funciones*, *procesos*, *estrategias* (en concreto estos dos últimos términos son característicos de la teoría del procesamiento de la información). Para el conductismo, lo cognitivo equivale a lo subjetivo, a los contenidos de las representaciones, en suma, "todo aquello que piensa o siente un sujeto" (p. 105). La

cognición se refiere a procesos tales como el pensamiento, la solución de problemas, el aprendizaje de conceptos y el razonamiento; es decir, aquellas actividades que hacen hincapié en la función activa del sujeto (Ellis, 1980).

El *conocimiento* es una función activa del individuo (sobre la idea de constructivismo así como su aplicación en pedagogía véase: Gómez y Coll, 1994; y en psicoterapia: Mahoney, 1992) y representa una operación intermedia entre los estímulos y las respuestas. Las emociones y comportamientos no se originan sólo de reacciones de las personas a su medio ambiente, sino también de sus *pensamientos, creencias y actitudes* ante ese ambiente (Ellis, 1985). Otros autores que han impulsado de diferentes formas el modelo cognitivo son: Bandura (1969), Beck (1976), Cautela (1968), Lazarus (1971), Mahoney (1974), Neisser (1967)...

Mientras que los modelos conductual y psicoanalítico consideran al paciente como un ser pasivo, sometido en el primer caso al control de las presiones ambientales y en el segundo a conflictos subyacentes, desde el modelo cognitivo, por contra, se considera al individuo como un sujeto *activo* (Mayor, 1985, Pinillos, 1981) que selecciona, elabora, procesa y recupera información tanto proveniente de su medio externo como de su medio interno (Ibáñez y Belloch, 1985). El concepto de actividad entraña que la conducta humana no es meramente reactiva sino *proactiva* (Allport, 1977), hasta cierto punto sujeta al propio control y programación personal. El propio concepto de procesamiento de la información implica actividad y así lo han visto desde otras posiciones cognitivas: piagetiana (decisiva importancia de la acción en el origen de la inteligencia...) o soviética; es significativo al respecto el título de la obra de Luria "*El cerebro en acción*" (1979), donde explica los procesos cognitivos en función de la actividad cerebral.

Lo cognitivo apunta a una actividad simbólica ejercida por los individuos en su interacción constructiva con el medio. La personalidad se entiende como sistema dinámico elaborador de información (Amelang y Bartussek, 1986).

Son diversos, en efecto, los planteamientos que se cobijan bajo el epígrafe de *cognitivo*: psicología genética (Piaget, 1936, 1947), psicolingüística (Chomsky, 1968), teoría del procesamiento de la información (Neisser, 1967, Lindsay y Norman, 1982), etc. Por nuestra parte nos ceñiremos única y brevemente a esta última, la teoría del procesamiento de la información - el paradigma cognitivo dominante (De Vega, 1984), el principal en que se fundamenta la evaluación (Fernández-Ballesteros, 1988), el que más brillantes hallazgos ha deparado (Fierro, 1983) - que tiene la virtud de reincorporar la dimensión propositiva, intencional y reflexiva del individuo (Avia, 1984). Al fin y al cabo, un programa informático no es más que "una fórmula para seleccionar, almacenar, recuperar, combinar, recopilar información y, en general, manipularla" (Neisser, 1967, trad. 1979, p. 18). De este modo, desde la perspectiva del procesamiento de la información la atención se focaliza en los mecanismos que subyacen y median en la cognición, el afecto y la conducta, así como en la interrelación entre todos ellos, que es lo que en la práctica más interesa, sobre todo, al evaluador clínico. Con todo, las derivaciones de esta teoría al ámbito aplicado de la evaluación todavía distan mucho de estar maduras (Forns, Kirchner y Torres, 1990).

Detrás del paradigma asociacionista, en el que se soporta el conductismo, subyace el esquema S-R y la consideración de los organismos como resultado de las condiciones ambientales. Sin embargo, detrás del paradigma de procesamiento de información, en el que se apoya el modelo cognitivo, subyace el esquema I-O (*input-output*) y la consideración del individuo dotado de capacidad para seleccionar, elaborar y tomar decisiones a partir de la información que se le ofrece a través del medio ambiente (Arnau, 1982, Fisseni, 1987).

De manera que el *modelo cognitivo* surge como rechazo del reduccionismo conductista y señala la necesidad de contar con los procesos cognitivos, es decir, la capacidad del organismo para *elaborar* la información del medio en términos que trascienden lo puramente físico, para alcanzar niveles superiores (Zaccagnini y Delclaux, 1982). Cuando se habla de *organismo* (O) nos estamos refiriendo a tres

tipos de variables (Fernández-Ballesteros, 1988): 1) Condiciones biológicas. 2) Destrezas, competencias, repertorios de conducta. 3) Pensamientos, expectativas, creencias... La inclusión en este último grupo de variables intrapsíquicas como los *esquemas*, de difícil operativización, supone para la autora la vuelta a un nueva forma de mentalismo (p. 20).

El modelo cognitivo intenta subsanar las limitaciones de un conductismo que deliberadamente ignora la variable *organismo* (O), es decir, los procesos cognoscitivos simbólicos, o lo que es lo mismo, todo el área de *eventos privados*: pensamientos, sentimientos y recuerdos, y con ello la riqueza y complejidad inherentes a la conducta humana (Mahoney, 1974). En la *evaluación cognitiva* se trata de combinar constructos no directamente observables con otros que están directamente relacionados con los observables. Un ejemplo al respecto - pese a las reservas recogidas al respecto en el párrafo precedente - son los *esquemas* u organizaciones asociativas internas que dirigen el modo en que un individuo busca información, la selecciona, la combina con la información anterior, la almacena y la recupera posteriormente (Neisser, 1967).

Fernández-Ballesteros (1981b) propone como principales *variables cognitivas* para ser consideradas en la evaluación los tres grupos siguientes: las asociadas a la percepción, a la elaboración y a la anticipación de consecuencias.

1. *Percepción del sujeto de su ambiente*. Es decir, "cómo selecciona, discrimina, valora, califica y explica el mundo físico y entorno social" (p. 106). Ejemplo de ello son las atribuciones, creencias e imaginación (o capacidad de representación de estímulos).

2. *Elaboración de la situación-problema*, en el sentido de lo que se dice a sí mismo y modo de actuación al respecto. Aquí habría que considerar las auto-instrucciones y estrategias de pensamiento para la resolución de problemas.

3. *Anticipación de consecuencias* (de la conducta, etc.). A tener en cuenta al respecto las expectativas, que pueden ser de refuerzo externo y de auto-refuerzo que el sujeto genera cognitivamente.

Estas tres últimas variables se concretan respectivamente en tres preguntas: 1) *¿Cómo lo considera?* (sistemas de codificación). 2) *¿Qué puede hacer?* (capacidad de generar conductas diversas; competencias disponibles). 3) *¿Qué pasaría si hiciera esto o aquello?* (consecuencias; expectativas). A éstas podría añadirse una cuarta pregunta: 4) *¿Cómo podría conseguirlo?* (planes de actuación; nivel de autorregulación). Desde el punto de vista cognitivo, las preguntas referidas puede hacérselas a sí mismo el propio individuo y puede también considerarlas el evaluador cognitivo a modo de pauta general que guíe su actuación al respecto (Sánchez Bernardos, 1990).

Las *conductas cognitivas evaluadas* pueden erigirse en conductas-problema o bien estar relacionadas funcionalmente con ellas, como antecedentes o como consecuentes (Fernández-Ballesteros, 1981b). Otra manera de verlo es considerar la evaluación cognitiva del fenómeno en sí mismo, es decir, los procesos y contenidos del fenómeno evaluado (*variable dependiente*), así como del mecanismo que mediatiza el cambio (*variable intermedia*) o de los aspectos a manipular para producir dicho cambio (*variable independiente*). La atención a este último componente supone tener que evaluar específicamente el rol que desempeñan las cogniciones en la etiología o mantenimiento de las conductas-problema (Parks y Hollon, 1993).

Una ventaja de desplazar el interés durante la evaluación cognitiva hacia *el proceso* consiste en que, en vez de trabajar solamente sobre puntuaciones totales y resultados indiscriminados, se hace posible aislar las subpuntuaciones basadas en los procesos, lo que permite conocer los puntos débiles del individuo y a partir de esa información diseñar un programa de intervención adecuado a cada problemática y cada caso (Martorell, 1987).

Frente a los objetivos estáticos de los tests psicométricos de inteligencia clásicos, la *evaluación cognitiva* se plantea la modificabilidad del individuo. Con razón se ha dicho que uno de los mitos más perniciosos es la noción de constancia del CI (Freedman, Kaplan y Sadock, 1981). La modificabilidad de la inteligencia se da en los límites de lo que Vigostky (1977) llama "*Zona de Desarrollo Próximo*", a base de proporcionar al sujeto, a través de la interacción social, una serie de experiencias específicas de aprendizaje (Fernández-Ballesteros, 1992). Desde este punto de vista se hace necesario distinguir entre nivel manifiesto de funcionamiento y capacidad para aprender (*potencial de aprendizaje*). Sólo en función de que se disponga de esta última información se hará posible planificar programas de adiestramiento y reeducación para personas con deficiencias específicas en el desarrollo y con dificultades intelectuales. Sea dicho de paso que en lo que aquí señalamos se produce una derivación de orden metodológico, que va de lo cuantitativo a lo cualitativo (véase el punto 2.2.3.), en cuanto que se da paso a evaluar aspectos como los procesos subyacentes, necesidades y tipo idóneo de asistencia necesaria en el área de funcionamiento cognitivo de cada individuo.

El *modelo cognitivo*, que explica la conducta a través de una serie de procesos y estructuras mentales internas ($C = f P$), utiliza métodos experimentales, correlacionales y observacionales (Forns, Kirchner y Torres, 1990). Principalmente se apoya en técnicas de ejecución ante tareas cognitivas tipificadas (donde se registran en el sujeto los aciertos, errores, tiempos de latencia o, incluso, las respuestas fisiológicas concurrentes a la ejecución de dichas tareas) y autoinformes (por ejemplo, pensamientos-en-voz-alta) (Fernández-Ballesteros, 1992). Más en general, el psicólogo cognitivo para estudiar empíricamente los fenómenos mentales, en cuanto que encubiertos, no accesibles a la observación pública, se apoya en tres tipos de *métodos*: la introspección o auto-observación, los estudios experimentales y la construcción de modelos computacionales (De Vega, 1984).

Finalmente, con el objeto de evitar caer en un reduccionismo cognitivista, tal vez convenga recordar que en una *evaluación completa*, junto a los elementos

cognitivos arriba referidos, es imprescindible abordar también los afectivos y conductuales. A fin de cuentas las estructuras y procesos cognitivos - contemplados desde una visión amplia de la personalidad - están unidos en el individuo a procesos motivacionales, adaptativos y otros (Fierro, 1983). Al evaluador, en su empeño de conseguir sucesivas integraciones de los logros alcanzados en los análisis previos, le es de gran utilidad el manejo de constructos como el de *personalidad*, en la medida en que remite a un sistema integrador de distintos niveles de datos: cognitivos y afectivo-motivacionales o conativos. La conación se define como "la actividad psíquica dirigida a un objetivo: esfuerzo, tendencia, voluntad. Su opuesto es lo cognitivo" (Dorsch, 1976, p. 170). Recordemos que la noción de personalidad tradicionalmente ha sido referida a los aspectos afectivo-motivacionales, pero en los últimos años se ha extendido al campo de los determinantes cognitivos, junto a los cuales trata de alcanzar un nivel de integración superior y, consiguientemente, de mayor capacidad descriptiva, explicativa y predictiva (Huteau, 1985).

Antes de acabar este apartado, hay que reconocer que todavía se da una notable inadecuación entre el alto desarrollo conceptualizador alcanzado en este marco teórico y el todavía escaso repertorio de *instrumentos de análisis* apropiados disponible (Forns, Kirchner y Torres, 1990). Como orientación general para el evaluador, puede ser útil marcar los aspectos en que la evaluación cognitiva difiere respecto a la conductual: 1) Énfasis en la ideación, frente a las acciones manifiestas. 2) Énfasis en las actitudes, creencias y expectativas, frente a síntomas específicos. 3) Énfasis en los procesos de pensamiento, frente al papel que juega el ambiente (Caro, 1995).

En el Cuadro 11 anexo se esquematiza la comparación entre los cuatro modelos analizados

Cuadro 11. Modelos en evaluación psicológica.

(Adaptado de Fernández-Ballesteros, 1983)

	PSICOME TRICO	PSICOANA LITICO	CONDUC TUAL	COGNITIVO
FORMULACION TEORICA	C = f O (1)	C = f O (2)	C = f A (3)	C = f P (4)
VARIABLES (qué)	-Rasgos -Factores -Dimensiones	-Estructura de la personalidad	-Conducta mani fiesta -Vars. ambientales	-Procesos y estructuras mentales
METODO BASICO (cómo)	Hipotét-deducti vo:Correlacional	Inductivo: Clínico. Comprensivo	Inductivo Hipotét-deductivo Experimental	Hipotét- deductivo: Psico lógico-exper. y correl.
TECNICAS (con qué)	Tests int ^a , aptitu des, personalidad	Técnicas proyectivas	Técnicas de observación	Autoinformes
INFERENCIA	Nivel II Nivel III	Nivel IV	Nivel I	Nivel III Nivel IV
OBJETIVOS (para qué)	Predicción/Des cripción/"Explica ción"	Explicación/Com prensión	Explicación fun cional/Control	Descripción/ Predicción/ Explicación

(1) O = Atributos intrapsíquicos
 (2) O = Vida mental inconsciente
 (3) A = Estímulos ambientales
 (4) P = Mundo cognitivo de la persona

2.3.5. Polarización entre Evaluación Tradicional y Conductual

Al conjunto de los modelos psicométrico, médico y psicoanalítico se ha dado en llamar evaluación *tradicional* (Goldfried y Kent, 1972). Estos modos de evaluar tienen en común que se basan en entidades nosológicas y características individuales y que, además, no presentan una conexión intrínseca entre el momento evaluador y el terapéutico, tal como se da en el caso de la evaluación conductual que surge estrechamente asociada a la modificación de conducta.

A continuación desarrollaremos algunas ideas en torno a la polarización entre estas dos opuestas maneras de evaluar. Con el importante matiz de que, con el paso de los años, las diferencias inicialmente radicales entre los enfoques *conductual* (llegados a este punto sería más preciso hablar de *conductual-cognitivo*) y *tradicional* se han suavizado, sobre todo a partir de los años 80, evolucionando hasta la crisis actual del modelo conductual (Bellack y Hersen, 1993, Fernández-Ballesteros y Staats, 1992, Fernández-Ballesteros, 1994, Silva, 1993).

- *El encuentro de dos enfoques antagónicos*

No es aventurado afirmar que la evaluación *tradicional* (especialmente el modelo psicométrico) ha influido en la evaluación *conductual* y viceversa.

Consecuencias de esta mutua influencia, producidas a pesar de la polarización señalada, son que desde el campo de la evaluación conductual hoy se insista, por ejemplo, en garantizar la validez y fiabilidad de los instrumentos de medida a la manera de los tests psicométricos (Silva, 1989). Y que por su parte la evaluación psicométrica se abra a la influencia del modo de hacer idiográfico, sin renunciar por ello a la naturaleza nomotética básica de los instrumentos utilizados, así como a la prioridad que marca la intervención sobre la evaluación, a la que se asume que debe conectarse mejor... Estos influjos actuados están conduciendo a que se revise la *dimensión psicométrica* que se focaliza en la medición de diferencias inter-individuales estables, supliéndola por una *dimensión edumétrica*, que se focaliza en la medición de cambios intra-individuales (Silva, 1989, p. 80). No en vano el modelo tradicional o de atributos había sido criticado por fixista, al albergar en sí el concepto de inmutabilidad para las capacidades cognitivas, rasgos de personalidad, etc. (Pelechano, 1989).

En otras palabras, esta dialéctica transformadora que se ha producido en el seno de la evaluación psicológica en las últimas décadas - se ha aludido a una reformulación teórica de la evaluación (Fernández-Ballesteros, 1984), al descentramiento de la evaluación conductual (Silva, 1993) y a la crisis de la evaluación conductual (Fernández-Ballesteros, 1994) - entre otras innovaciones, acarrea en ocasiones pasar de la clásica interpretación *normativa* de los tests a una interpretación referida a *criterios* (típica de la evaluación conductual). En este último supuesto, la interpretación de las puntuaciones se realiza no en relación con el rendimiento alcanzado por otras personas en determinado test (puntuaciones *relativas*), sino en relación con el rendimiento particular (puntuaciones *absolutas*). De esta manera se hace posible comparar lo realizado por un individuo con lo que éste podría realizar (Martorell, 1985).

La aplicabilidad de lo que acabamos de señalar se manifiesta no sólo en el ámbito de la evaluación pedagógica, sino también en la evaluación psicológica del potencial de aprendizaje, para lo cual resulta esencial la comparación intra-sujeto de

los rendimientos pre-entrenamiento y post-entrenamiento (Fernández-Ballesteros, 1992).

- *Antagonismo nomotético/rasgo e idiográfico/conductual*

Tras considerar simultáneamente el sujeto de evaluación (rasgo o conducta), el foco de evaluación (idiográfico o nomotético), la aproximación científica (deductiva o inductiva), la fuente principal de variabilidad (inter o intra sujeto) y el énfasis en el medio (interactivo o no interactivo), Cone (1993) llega a formular treinta y dos descripciones distintas de *modelos* de evaluación que, en síntesis, reduce a dos aproximaciones o enfoques esenciales. Estos son: a) El *nomotético/rasgo*, caracterizado por la utilización de rasgos como sujeto de evaluación, aproximación deductiva y utilización de instrumentos de medición de la variabilidad interindividual. b) El *idiográfico/conductual*, caracterizado por la selección de una única conducta como sujeto de la evaluación, aproximación inductiva y atención a la variación intraindividual. Esta aportación de Cone resulta particularmente sugerente en la medida en que presenta un ejemplo de combinación de algunos de los principales métodos analizados, así como un intento de apretada síntesis de potenciales *modelos* que básicamente termina desembocando, aunque con formulación nueva, en un punto próximo a lo que viene entendiéndose justamente como enfoques *tradicional* y *conductual*, cuestión que ahora ocupa nuestra atención.

- *Hacia una nueva formulación: la Evaluación psicológica*

La modalidad de evaluación señalada sólo es realizable cuando se dispone de tests especialmente sensibles para captar las alteraciones de la conducta que permitan controlar las *variaciones* experimentadas en el individuo como resultado de la aplicación de algún programa de intervención. En estos supuestos el objetivo difiere sustancialmente del perseguido habitualmente por el enfoque psicométrico de

comparar el rendimiento respecto a determinada variable (*comparación inter-individual*) y, además, resulta imprescindible a fin de adoptar una decisión que vaya más allá de la mera clasificación. Se trata de la potenciación producida respecto al valor *individual* de la medida, frente a su valor normativo.

Una de las vertientes de la transformación que tratamos de describir es la creciente preocupación que se aprecia en el ámbito de la evaluación psicológica por la *contextualización* de la medición, además de por la *modificabilidad del comportamiento*, tal como se ha expuesto (Anastasi, 1985, citado en Carbonell et al., 1988, p. 276). Se ha extendido y generalizado - queremos creer que más allá de toda (o casi toda) teoría - la consideración de la importancia de considerar el contexto ambiental en toda medición psicológica. "La evaluación psicológica ha pasado de ser una disciplina a través de la cual se pretendía la clasificación y descripción de los sujetos humanos en base a un puñado de características psicológicas, a ocuparse del *análisis del sujeto en su contexto...*" (Fernández-Ballesteros, 1987, p. 17).

En este punto rescatamos el debate metodológico planteado más arriba entre *generalidad* y *especificidad* (punto 2.2.2.), donde se debatía sobre la importancia mayor o menor de los estímulos externos e internos para explicar el comportamiento y la salida interactiva, así como la problemática entre *consistencia versus especificidad* del comportamiento, tal como se aludirá más adelante en este mismo apartado (Chorot, 1984). Los cambios producidos por la interinfluencia de los modelos conductual y tradicional ha llevado recientemente a Westmeyer (1992) a cuestionar la afirmación de que en el enfoque tradicional se siga abogando por las causas intrapsíquicas en detrimento de la interacción de la persona con la situación. Este autor precisa que si bien los conceptos de persona y de situación difieren según las perspectivas de los distintos modelos, hoy es comunmente aceptada la importancia que para la evaluación tiene la consideración de las *interacciones persona-situación*. Otro tanto cabe decir respecto a la (en el pasado polémica concepción) relativa consistencia de la conducta y la asimismo relativa posibilidad de cambio de constructos como la inteligencia, la personalidad, etc.

Las ideas expuestas en este apartado podrían llevar a pensar que no existen diferencias esenciales entre los enfoques de la evaluación tradicional y conductual y/o que carece de sentido contemplarlas, pero no es ésta nuestra opinión. Contamos con análisis comparativos referidos a esta controversia de candente actualidad efectuados a diferentes niveles (conceptual, metodológico, de aplicaciones, metas, relación con el tratamiento...), cuya descripción aquí no vemos necesaria - seguramente acabaría siendo redundante - toda vez que ya nos hemos referido a los modelos más representativos de cada enfoque por separado. No obstante, el lector que desee profundizar en este debate puede dirigirse a: Fernández-Ballesteros (1981d, 1994), Barrios (1993), Chorot (1984), Marín y Buisan (1986), Pawlik (1979), Peñate y Matud (1993), Silva (1978, 1982), Westmeyer (1992).

Nos ha interesado en este punto subrayar la relación y los cambios producidos en ambos enfoques (*tradicional y conductual*), las mutuas fecundaciones, indicios de convergencia, cuando no de cierta integración o complementariedad teórico-metodológica, apreciados en particular en cuanto al modo de llevar a la práctica la evaluación psicológica desde cada una de estas posiciones (Bellack y Hersen, 1993, Fernández-Ballesteros y Staats, 1992, Tous, 1989).

La *evaluación tradicional* continúa manifestando su utilidad para cubrir objetivos como los siguientes (Schulte, 1979): 1) Descripción de algunas características de personalidad. 2) Selección de personal. 3) Clasificación psicodiagnóstica en base a trastornos. 4) Pronóstico acerca de posibles conductas o rendimientos. 5) Asesoramiento para la toma de decisiones.

- *Un talante aproximador propicio a la colaboración*

La *evaluación conductual* nació con una marcada actitud antitest que hoy ha perdido, evolucionando hacia el reconocimiento de las ventajas de las normas psicométricas. Desde ese modelo se valora hoy especialmente la objetividad, fiabilidad y validez que poseen los instrumentos de medida psicométricos, como garantía para asegurar el rigor en las predicciones (Bellack y Hersen, 1993). De hecho puede afirmarse que en la actualidad la evaluación conductual y la evaluación psicométrica tienden a aproximarse y acortan sus diferencias (Silva, 1989).

En otro sentido, el *comportamiento ante el entorno* se ha convertido en el objeto de estudio de la psicología. Hoy importan más las interacciones que se dan entre el organismo y el ambiente. La influencia que ejerce el ambiente es doble: como activador de la conducta (ambiente real) y en razón de la percepción que el individuo tenga del mismo (ambiente percibido), es decir, el papel que el ambiente juega en el desarrollo de las cogniciones del sujeto. En la práctica significa que para evaluar el comportamiento de un individuo en su contexto, entre otros aspectos, es necesario identificar los contextos relevantes para él, estudiar las características (físicas, sociales...) de tales ambientes y analizar las variables ambientales tal y como son percibidas por dicho individuo (expectativas, actitudes...). En otras palabras, la significación de la situación constituye uno de los componentes *cognitivos* de la evaluación (Fernández-Ballesteros, 1987).

- *El inicio de una crisis de desenlace incierto en la evaluación conductual*

En conexión con la influencia del ambiente en la conducta se plantea la cuestión del *análisis funcional*. Se ha visto que parte importante del mismo consiste en obtener información de las condiciones ambientales en las que se enmarca la conducta y más específicamente las que la preceden (antecedentes). Generalmente, los antecedentes no son sólo de tipo ambiental, los hay también cognitivos, interpersonales, afectivos..., pues son *multimodales* (Kuehnel y Liberman, 1993). Unos autores consideran que sigue vigente el análisis funcional dentro de la

evaluación conductual (Silva y Martorell, 1991), mientras que para otros (Fernández-Ballesteros, 1994b) hoy día "el análisis funcional de la conducta (al menos en su sentido radical) parece no ser ya - ni teórica ni prácticamente - la base de la evaluación conductual" (p. 37).

Es frecuente que seguidores de uno u otro enfoque - tradicional y conductual - afronten la tarea de evaluar utilizando en buena parte *técnicas* semejantes, si bien diferirán en el *modo* como las utilizan y en sus *objetivos*. Esto quiere decir que las verdaderas diferencias se concentran sobre todo en aspectos conceptuales (Chorot, 1984, Peñate y Matud, 1993). Por ejemplo, es típico en el enfoque tradicional el énfasis que se hace en la estructura de la personalidad, mientras que en el conductual se pone el acento en lo que el individuo *hace* en diferentes situaciones (Goldfried y Davison, 1981). El que, en efecto, sean las cuestiones conceptuales la clave de las diferencias no debe hacernos olvidar que es en el plano *metodológico* donde en estos momentos se centra la polémica en cuestión. Es significativa al respecto la observación que se ha hecho de que una de las obras más importantes sobre evaluación conductual - "*Conceptual foundations of behavioral assessment*", dirigida por Nelson y Hayes (1986) - trata menos de cuestiones estrictamente conceptuales y más de cuestiones metodológicas (Silva y Martorell, 1991, p. 111).

- *Síntesis final de diferencias teórico-metodológicas vigentes*

Pese a no haber insistido demasiado en las *diferencias* concretas entre los dos enfoques que se contraponen en este apartado, antes de darlo por finalizado conviene dejar sentado que todavía existen. A continuación se señalan algunas de las que creemos importantes a nivel conceptual y metodológico. Para empezar, a nivel conceptual son distintos los *determinantes de la conducta* (causalidad estructural intra-sujeto versus causalidad funcional ambiente-sujeto), las *unidades de análisis* (conductas como *signo* versus conductas como *muestra*) y algunos *supuestos acerca del comportamiento* (de consistencia y estabilidad en el enfoque psicométrico, que no

son compartidos por el enfoque conductual). En el orden *metodológico* se dan divergencias en cuanto al tipo de evaluación (indirecta en la evaluación tradicional y directa en la conductual) con sus implicaciones en el tipo de comparaciones inter-individuales versus intra-sujetos, así como en lo tocante a la naturaleza de los reactivos, tipo de autoinformes, etc., utilizados desde los dos enfoques. En resumen, las diferencias son de tres tipos: *conceptuales, metodológicas e interpretativas* (Ardila, 1986, Fernández-Ballesteros, 1981d).

Características que se mantienen hoy día en el *modelo conductual* son: 1) El análisis funcional como estrategia fundamental de indagación; 2) la importancia prioritaria de lo actual, lo observable y lo externo; 3) la utilización de métodos directos en la operativización de las conductas problema y en el análisis de las variables relevantes que las controlan y mantienen; y 4) la idea de evaluación específica o idiográfica para cada sujeto (Fernández-Ballesteros, 1984, p. 35).

Recordando las *diferencias metodológico-teóricas* aportadas en la síntesis de Cone (1993) son dos fundamentalmente los enfoques principales de evaluación, el idiográfico/conductual y el nomotético/del rasgo (o tradicional) (Bellack y Hersen, 1993, Pelechano, 1993). La *evaluación conductual* se asocia asimismo con el método experimental y con la técnica metódica de la observación, mientras que la *evaluación tradicional* con el método correlacional y con las técnicas de los tests psicológicos, tanto proyectivos (con más propiedad denominados *técnicas*) como psicométricos.

- *Comentario final sobre confluencia, complementariedad y un cierto consenso.*

Finalmente, deseamos insistir en el hecho de que ya se están utilizando en muchos casos *complementariamente* ambos enfoques, sobre todo en la práctica clínica, pues los evaluadores conductuales utilizan tanto los métodos prescritos desde el propio enfoque como otras muchas técnicas llamadas tradicionales, con lo que

toman derroteros metodológicos propios de este último modelo *tradicional* (Fernández-Ballesteros, 1994b).

Por otro lado, no podemos dejar de aludir siquiera brevemente al fenómeno de *confluencia de facto* que se simboliza y expresa en la utilización generalizada en el campo de los desórdenes mentales de los *DSM (Diagnostic and Statistical Manual) - DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994) -*. Este tipo de manuales proporcionan una serie de criterios descriptivos detallados para cada desorden, criterios que pretenden ser *ateóricos y operacionales*, utilizables desde planteamientos teóricos diversos. A nuestro entender, al margen de las críticas y limitaciones que este planteamiento evaluador arrastra - arbitrariedad de los criterios diagnósticos, carácter global de los sistemas nosológicos, categorías de enfermedad poco definidas operativamente, etc., todo lo cual dificulta adaptar las técnicas terapéuticas a cada problema específico (Schulte, 1979) - son mayores las ventajas que aporta. No es la menor de ellas que facilita cierta integración y entendimiento mínimo entre profesionales clínicos que, si bien están distanciados por teorías y modelos, en la práctica se ven unidos por un *sistema de evaluación multiaxial* que trata de registrar la información válida, no sólo para clasificar a los pacientes, sino para planificar el tratamiento y predecir la evolución de la patología.

En función de los datos que se derivan de lo que hacen los evaluadores conductuales, Fernández-Ballesteros (1988) es muy crítica respecto al acercamiento de los dos enfoques que comentamos, donde aprecia más *confusionismo* que auténtica integración, en cuanto que se está dando sin un modelo teórico que sustente dicho acercamiento y desvirtuando aspectos fundamentales tanto teóricos como metodológicos de la evaluación conductual. El modelo que a su juicio permite la integración en cuestión es el *conductismo paradigmático*, al que nos referiremos más adelante.

A fin de presentar esquemáticamente las principales diferencias teóricas, metodológicas y prácticas que se observan entre los enfoques tradicional y conductual, presentamos a continuación el Cuadro 12.

Cuadro 12. Diferencias entre la evaluación conductual y la evaluación tradicional

	CONDUCTUAL	TRADICIONAL
T E O R I C A S	Especificidad del comportamiento Situacionismo: $C = f A$ Causalidad funcional ambiente-sujeto Interactivo Ps ^a del aprendizaje Análisis funcional Niveles de comportamiento: motor Objetivo: Control del comportamiento	Generalidad del comportamiento Intrapsíquica: $C = f O$ Causalidad estructural intra-sujeto No interactivo Teorías de los rasgos Variables intrapsíquicas Objetivo: Predicción del comportamiento
ME TO DO LO GI CAS	Inductiva Idiográfica Directa Concreta y personal Interés por las dif ^a intraindividuales Experimental Items específicos Respuestas <i>muestra</i> Evaluación de lo que <i>hace</i>	Deductiva Nomotética Indirecta General y grupal Interés por las diferencias interindividuales Correlacional Items generales Respuestas <i>signo</i> Evaluación de lo que <i>es o tiene</i>
PRAC TI CAS	Objetivos: -Análisis y explicación funcional -Control Evaluación antes, durante y tras el tratamiento Roles de evaluador y terapeuta indiferenciados	Objetivos: -Descripción. Pronóstico -Clasificación. Selección -Asesoramiento. Relación indirecta con el tratamiento Roles de evaluador y terapeuta diferenciados

2.3.6. Modelos integradores

Hasta aquí hemos revisado algunos de los que consideramos son en la actualidad los modelos más relevantes en evaluación psicológica. En mayor o menor manera cada uno de ellos ofrece un bagaje de descripciones teóricas, recursos y modos propios de abordar la tarea de evaluar. Pero ninguno se presenta como definitivo, antes bien las tendencias apreciadas a la convergencia, la complementariedad, cuando no la integración, están dejando ver que de ningún modo estamos ante modelos acabados y perfectos.

La integración de modelos en psicología, y más específicamente la consecución de un *modelo de evaluación integrativo* que aglutine bajo un único marco conceptual las múltiples variables que definen el comportamiento, se constituye en uno de los principales retos actuales en este campo (Forns, Kirchner y Torres, 1990). Frente a la atomización y pluralidad de modelos, se alzan voces que propugnan acercamientos integradores (Fernández-Ballesteros y Carroble, 1981, Fernández-Ballesteros, 1983, 1988, Pelechano, 1989, 1993, Rechea, 1980).

A continuación se va a mostrar dos concreciones relevantes de modelos integradores que están abriéndose paso en el ámbito de la evaluación psicológica actual: *el modelo conductual-cognitivo* y *el modelo de conductismo paradigmático*.

2.3.6.1. Modelo conductual-cognitivo

El acercamiento hoy en día entre lo conductual y lo cognitivo es un hecho (Caro, 1995). Con el rótulo *conductual-cognitivo* se denomina a uno de los modos más evolucionados de evaluación conductual, reflejo de la expansión conseguida en cuanto al objeto de estudio, que deja de limitarse ya a la conducta motora observable directamente, pasando a abarcar también el área fisiológica y cognitiva (Silva, 1989). Este modelo *integrador* (Fernández-Ballesteros, 1984) presta atención no sólo al pensamiento (*cogniciones*), sino las emociones, procesos motivacionales complejos y, en general, las complejas formas humanas de *mediación* entre el estímulo y la respuesta del esquema conductista. Más aún, las cogniciones pueden interpretarse como antecedentes, como consecuentes y como conducta en sí misma (Forns, Kirchner y Torres, 1990, Fernández-Ballesteros, 1981b, 1994).

Tal como se ha comentado más arriba, dentro del conductismo Hull y Tolman constituyen dos precedentes del modelo conductual-cognitivo en la medida en que - a principio de los años 30 - fueron los pioneros al introducir entre S-R las llamadas *variables intervinientes* (cognitivas) destinadas a ampliar la comprensión del comportamiento humano complejo (motivación de logro, propósitos...). Más adelante hicieron aparición en escena Wolpe, Eysenck y Bandura. Los dos primeros enfatizando en la variable mediacional *ansiedad* y Bandura en el valor social del aprendizaje por imitación (Forns, Kirchner y Torres, 1990). Mahoney es un autor más que ha tratado de integrar los puntos de vista conductual y cognitivo: "es lícito examinar los eventos encubiertos como factores en el comportamiento humano" (Mahoney, 1974, trad. 1983, p. 15).

Opinión similar sostiene Fernández-Ballesteros (1994b) quien como precedentes del modelo conductual-cognitivo, entre otros, menciona a Kanfer y Phillips (1970) y a Bandura (1969, 1977) con su teoría del aprendizaje social, así como del sistema transactivo conducta (C), persona (P) y ambiente o situación (S), que se determinan recíprocamente (Bandura, 1978). La autora critica que el modelo mixto conductual-cognitivo se escora demasiado hacia el lado cognitivo y conserva poco (si algo) de conductual (Fernández-Ballesteros, 1988, p. 22). A su entender, para mantenernos en una psicología de la conducta, los conceptos deberían reunir las características siguientes: 1) presentar un bajo nivel de inferencia, 2) estar debidamente operacionalizados, 3) ser medidos con dispositivos rigurosos, 4) prestar estables relaciones de covariación con la conducta problema, y 5) estar avalados por pruebas experimentales-longitudinales (Fernández-Ballesteros, 1994b, p. 47).

Pese a las críticas, el método básico empleado continúa siendo, con flexibilidad, el hipotético-deductivo en su vertiente experimental. Únicamente, se amplían las variables objeto de estudio al área cognitiva. En este sentido, además de la técnica metódica de la observación, para la evaluación de los aspectos cognitivos y emocionales (miedos, temores, ansiedad, etc.) se recurre adicionalmente al apoyo de diversos *autoinformes específicos* y *técnicas de autorregistro*, principalmente, a fin de captar indicadores de las conductas problema (García y Vallejo, 1993). Las críticas a los autoinformes conductual-cognitivos se centran en su escaso rigor psicométrico (Silva, 1989, Forns, Kirchner y Torres, 1990).

Otras *características teórico-metodológicas* de este modelo son: a) la producción del cambio como objeto de la evaluación, b) el énfasis en la determinación ambiental del comportamiento, c) preferencia por la perspectiva de multicausalidad del comportamiento, d) enfoque idiográfico, e) bajos niveles de inferencia (conducta como *muestra*), y f) adopción del triple sistema de respuesta: motor, psicofisiológico y cognitivo (Fernández-Ballesteros, 1979, 1983, 1992, 1994).

En lo que concierne al sistema cognitivo, deberán evaluarse dos tipos de conductas: conductas verbales (internas y externas) y representaciones de imágenes. Por otra parte, tras la realización de un análisis topográfico (frecuencia, intensidad, duración...) y funcional, quedará establecida una línea de base de la conducta-problema, referencia obligada para la posterior valoración de los cambios producidos al aplicarse el tratamiento (Llavona, 1984).

Carrobes (1985) señala tres *principios básicos* de este modelo conductual-cognitivo: 1) La conducta puede ser causada o estar en función de las cogniciones, como son la atención selectiva, el procesamiento cognitivo de la información o la codificación simbólica, entre muchos otros. 2) Estos procesos cognitivos se siguen estudiando por medio del método experimental. 3) La modificación de conducta se logra alterando los procesos cognitivos inadecuados a través de experiencias adecuadas de aprendizaje.

El añadido de lo *cognitivo* en este modelo implica una ampliación de variables cognitivas a considerar tanto en la conceptualización de los problemas conductuales como en los programas de intervención conductual. Su utilización, según Silva (1989), ha sido diversa: a) como factores causales precipitantes, b) como contingencias, c) como conductas problemáticas en sí mismas, y d) como variables mediacionales (atribuciones de causalidad o expectativas) en los resultados del tratamiento (p. 35).

Una *pauta* sintética útil para guiar el análisis conductual-cognitivo del problema se encierra en el acrónimo **SORC**: situación (S), variables orgánicas (O) - factores fisiológicos y cognoscitivos -, dimensiones de la respuesta (R) - frecuencia, fuerza, duración y latencia - y consecuencias (C) (Weiner, 1992, 317-320).

La *personalidad* o modo de interactuar con el medio social, definida de acuerdo con "las probabilidades de que alguien manifieste ciertas tendencias de conducta en las diversas situaciones que constituye su vida cotidiana" (Goldfried y

Kent, 1972, p. 412), constituye un ejemplo más de variable interviniente a considerar en el modelo conductual-cognitivo.

Antes de terminar este punto y en el empeño por relacionar en este capítulo *métodos con modelos* y viceversa, aludimos al interaccionismo metodológico sugerido en el punto 2.2.2, recordando que en los planteamientos interaccionistas actuales (Bandura, 1978, 1987) se propugna una *interpretación transaccional de la interacción*, entendida como de causalidad recíproca entre la conducta y las condiciones en que ésta se da (modulación cognitiva del estímulo ambiental). La situación a su vez influye en la medida que lo permite la actividad cognitiva y manifiesta del individuo (Bermúdez, 1981). Este autor extrae al respecto las siguientes consecuencias: 1) La conducta es función de un proceso continuo de interacción entre individuo y situación; 2) el individuo se considera agente activo e intencional; 3) por parte del individuo se enfatizan los factores cognitivos; 4) por parte de la situación, su significado psicológico (p. 160).

2.3.6.2. Modelo de conductismo paradigmático

Ante la crisis desatada dentro del modelo conductual, Staats ha intentado aportar una salida que se ha plasmado en el llamado modelo de *conductismo social o paradigmático* (Staats, 1975). "Una alternativa al marco de referencia conductual ortodoxo" (Fernández-Ballesteros y Staats, 1992, p. 8). La integración aludida se produce en el plano de los dos tipos de condicionamiento (clásico y operante) y se extiende a las variables situacionales, organísmicas, historia de aprendizajes y la conducta manifiesta (Forns, Kirchner y Torres, 1990). Su objetivo último no es otro que aportar un marco teórico donde se integren las teorías de la personalidad y las de la conducta, que se corresponden con dos enfoques históricamente enfrentados y que en cuanto tales hemos estudiado. El de Staats sería "el más relevante intento de

integrar una concepción conductista con el estudio de la personalidad" (Silva, 1989, p. 38).

A diferencia de autores como Bandura y otros que introducen conceptos de personalidad desde el modelo conductual-cognitivo - que para Fernández-Ballesteros (1993) mejor puede ser considerado un modelo *cognitivo*, en tanto que infringe los supuestos básicos conductuales - Staats, en cambio, es un conductista genuino, de la tercera generación, que elimina la restricción inherente al conductismo radical y utiliza en la explicación del comportamiento variables de personalidad (los *repertorios básicos de conducta*). Se ha dicho que la suya es la primera teoría conductual de la personalidad (Fernández-Ballesteros, 1992).

El *conductismo paradigmático* propone que el estudio del aprendizaje temprano sea fundamental para comprender la conducta (Fernández-Ballesteros y Staats, 1992). Para Staats, el aprendizaje humano se organiza en sistemas conductuales que ha denominado *repertorios básicos de conducta (RBC)*, los cuales son responsables de cómo el individuo experimenta, aprende y actúa. Los comportamientos pueden ser desencadenados (valor causal) tanto por estímulos como por RBC. Estos constituyen la esencia de la *personalidad*, de modo que determinan la conducta de los sujetos, la consistencia de su comportamiento y las diferencias individuales. Por consiguiente, en cuanto tales los RBC pueden adquirir el estatus de variable independiente en la explicación del comportamiento, dentro de la metodología experimental que caracteriza a este modelo.

Los RBC son "constelaciones complejas de habilidades que se aprenden sólo en largos períodos en base a los principios elementales del aprendizaje (...), constituyen el compendio de habilidades mediante las cuales el individuo se ajusta (...), son evocadas por muchas situaciones, pero también tienen la cualidad de disponer las condiciones para más aprendizaje" (Staats, 1975, trad. 1979, p. 60). Los RBC permiten el estudio de la personalidad en términos de sus componentes conductuales.

Como señala Fodor (1980), "las variables intervinientes en las explicaciones psicológicas (conductistas) deben estar ligadas a lo observable por los dos extremos" (p. 82). Pues bien, los RBC presentan conexiones observables "por los dos extremos". De un lado son operativizados según una serie de conductas observables y, al mismo tiempo, pueden ser manipulados experimentalmente y alterados en el proceso de tratamiento (Fernández-Ballesteros, 1988). En suma, tienen el doble estatus no sólo de variable independiente - tal como se ha señalado más arriba - sino también de variable dependiente.

Los RBC son de tres tipos, en la práctica solapados e íntimamente interrelacionados: a) *Cognitivo-Lingüísticos*, que pretenden explicar el desarrollo cognitivo de los sujetos relacionado con las habilidades lingüísticas. b) *Sensorio-Motores*, un compendio de habilidades que permite al sujeto estructurar comportamientos de esta índole. c) *Emocional-Motivacionales*, abarcan los aprendizajes construidos en base a estímulos que han desencadenado respuestas emocionales positivas o negativas (Staats, 1975).

Las conductas objeto de evaluación en este modelo son función de las condiciones ambientales y de los RBC en interacción. De este modo se combina el análisis de conducta y el estudio de la personalidad. De hecho, como ya se ha adelantado, lo que la psicología tradicional llama personalidad consiste en los RBC. Mientras se crean instrumentos específicos que sirvan para evaluar los RBC, pueden ser útiles al respecto los que se emplean en la evaluación tradicional para el análisis de la personalidad (Fernández-Ballesteros y Staats, 1992). No obstante, "el conductismo paradigmático supone una guía en la construcción de la instrumentación básica a la hora de la evaluación de los repertorios de la personalidad" (Fernández-Ballesteros, 1993, p. 170).

El modelo abreviado de Staats plantea que *la conducta es función de tres grupos de variables*: **E1** o condiciones ambientales presentes en la historia de aprendizaje; **RBC**, que se suponen aprendidos y representan la personalidad del

sujeto; E2 o condiciones ambientales actuales que controlan o mantienen la conducta; C o conducta problema objeto de estudio. En el modelo completo tiene en cuenta, además, las condiciones biológicas que analiza en tres momentos distintos.

Según Fernández-Ballesteros (1994), se llama *conducta* a "todo aquello que el sujeto hace, dice que piensa o siente o le ocurre fisiológicamente y resulta ser el objeto de estudio para el evaluador conductual" (p. 78). Para el análisis de conducta (evaluación pretratamiento) desde el modelo de conductismo paradigmático hay que realizar una definición y especificación de las *conductas objetivo (C)* (aquéllas por las que consulta el cliente), así como recoger información sobre todas las potenciales variables que pueden estar explicando el problema: condiciones ambientales actuales (E2), los RBC, condiciones ambientales pasadas (E1) - responsables a lo largo del desarrollo del individuo de la formación de los RBC - y condiciones biológicas. En definitiva, la conducta (C) puede estar controlada o mantenida por estímulos o situaciones ambientales actuales (E2) y/o por RBC (Fernández-Ballesteros, 1988, 1993).

Desde este modelo de *conductismo paradigmático*, Fernández-Ballesteros (1992, vol. 1, pp. 53-56) propone tener en cuenta en la evaluación los cinco grupos de variables siguientes: 1) *Comportamientos objeto de estudio (C)*, es decir, lo que hace, piensa, siente o experimenta el sujeto, en sus tres modalidades distintas: motora, cognitiva y psicofiológica. 2) *Condiciones personales (RBC)*, como competencias, destrezas y atributos psicológicos o disposiciones de respuesta (inteligencia, autocontrol, nivel de ansiedad...). 3) *Condiciones ambientales pasadas (E1) o históricas*, que constituyen su historia de aprendizaje, exploradas a través de entrevistas, observación, etc., donde se anoten las condiciones ambientales relevantes relativas a la crianza, educación y desarrollo producidos en los distintos contextos (familiar, escolar, social...). 4) *Condiciones ambientales actuales (E2)*, como son los estímulos físicos y sociales relevantes, situaciones facilitadoras o inhibidoras del comportamiento adaptativo, situaciones problemáticas relacionadas con el comportamiento objeto de estudio, contextos actuales (familiar, escolar, laboral...).

5) *Condiciones biológicas (O)* - sólo en supuestos clínicos - a indagar mediante exploraciones neuropsicológicas y psicofisiológicas o mediante entrevistas, etc., si fueran de procedencia pasada.

Cabe destacar en este modelo dos *principios*: 1) Acumulativo-jerárquico. Establece la acumulación de aprendizaje a lo largo de toda la vida del individuo. Explica el modo como el individuo percibe y selecciona sus propias condiciones ambientales actuales. 2) Concepto teórico: el principio de las tres funciones o ARD. Se refiere a que los estímulos ambientales presentan propiedades afectivas (A), reforzantes (R) y directivas (D) (Fernández-Ballesteros, 1994).

Como se ha visto, el conductismo paradigmático abarca agrupaciones de *variables* potencialmente relevantes (comportamentales, ambientales, personales y biológicas). Para Fernández-Ballesteros (1994) existen en él algunos constructos sobre los que todavía no se cuenta con las suficientes garantías para su utilización, respecto a los cuales plantea la necesidad de analizar si cumplen con los debidos requisitos. Entre éstos la autora menciona el de una definición operativa que permita su medida, así como pruebas empíricas respecto a la asociación entre determinada variable (RBC) y el problema comportamental (C) que presenta el sujeto a evaluar.

Una característica integradora más - que no ecléctica - que acompaña a este modelo se refleja en su apertura a utilizar técnicas de evaluación vinculadas a la evaluación tradicional psicométrica (Forns, Kirchner y Torres, 1990). En este sentido, por ejemplo, los tests de inteligencia suministran muestras de lo que el individuo es capaz de hacer en diferentes edades y cumple asimismo una función de control de tratamientos de aprendizaje. Desde el modelo que analizamos se propone que los tests psicológicos se estudien según los RBC que miden, con el fin de añadir significado conductual a la mera predicción *empírica* (Fernández-Ballesteros y Staats, 1992).

Para acabar, retomando la discusión desarrollada sobre los enfoques tradicional y conductual (punto 2.3.5.), el modelo de conductismo paradigmático confirma su intención integradora, en la medida en que aporta un marco en el que incorporar y *conductualizar* aspectos importantes del enfoque de evaluación tradicional (Fernández-Ballesteros y Staats, 1992). Para Fernández-Ballesteros (1993), "permite la *integración metodológica* de las fases descriptiva y modificadora que toda evaluación conlleva" (p. 170). No obstante y en opinión de las autoras más arriba citadas, pese a que dicho modelo aporta importantes elementos de discusión, al estar todavía en desarrollo, ha de madurar y han de calibrarse mejor sus posibilidades de aplicabilidad (Forns, Kirchner y Torres, 1990, p. 91; para una crítica global del modelo, véase Pelechano, 1993b).

2.3.7. Hacia una integración teórico-metodológica

Se han hecho a lo largo del capítulo repetidas alusiones - algunas implícitas - a la postura *integradora*, tanto en lo tocante a métodos como a modelos teóricos, exponiéndose en este último aspecto dos integraciones concretas espigadas de entre las diversas existentes: conductual-cognitivo y conductismo paradigmático. Estas propuestas formales, más o menos arraigadas y pujantes, cuentan - sobre todo la primera - con muchos seguidores y respaldo teórico. Por otra parte, también se ha planteado en diferentes ocasiones otro nivel de integración, quizá menos formalizado pero no por eso menos sugerente e importante, manifestado entre diferentes enfoques metodológicos y entre éstos y los modelos teóricos.

Con lo expuesto hemos pretendido dejar ver que dichas *integraciones* forman una red de sutiles y nada simples conexiones, abierta a acoger nuevas aportaciones procedentes tanto del campo investigador como del aplicado. Sirva de ilustración de lo dicho que los tests de potencial de aprendizaje - contra lo que se podía pensar

tratándose de un desarrollo efectuado dentro del campo de los instrumentos nomotéticos y la técnica metódica correlacional - suponen una situación experimental en la que se obtiene una *muestra* de las posibilidades de aprendizaje del sujeto testado y adiestrado (Fernández-Ballesteros et al., 1982).

Con la progresiva maduración de la psicología y de la propia evaluación se ha ido imponiendo la necesidad de alcanzar diferentes niveles de *integración*: a) Entre la evaluación y la psicología general (o básica o de investigación fundamental) (Anastasi, 1967, Fernández-Ballesteros, 1980, 1988). b) Entre la aplicación de tests y el enfoque clínico (Luria, Zeigarnik y Poliakov, 1979). c) Entre los modelos conductual y tradicional (Carbonell et al., 1988, Silva, 1989). d) Entre evaluación e intervención (no sólo tratamiento) (Fernández-Ballesteros, 1981, 1992, 1994).

Entendemos que dicha tendencia integradora asimismo apunta - o ha de apuntar - a la actividad investigadora en evaluación respecto a la actividad aplicada. Para subrayar la trascendencia de algunas de estas corrientes integradoras que se producen en la actualidad, baste anotar que, por ejemplo, en lo que concierne a la cuestión "evaluación conductual versus evaluación tradicional" - apartado en el que nos hemos detenido especialmente - probablemente se haya jugado no sólo el futuro de la evaluación conductual, sino el de la propia evaluación psicológica en general (Silva, 1993, p. 218).

En cuanto a la propuesta de complementariedad o combinación de aspectos teóricos, pero en particular metodológicos, Cronbach (1986) ha advertido acerca de las limitaciones y pérdida de información originadas cuando en la evaluación se consideran únicamente los datos cuantitativos, descuidando la información cualitativa. No es más que un ejemplo que abona la justeza de la opinión de Feyerabend (1986) de que "todas las metodologías, incluidas las más obvias, tienen sus límites" (p. 17).

Por una parte, la Psicología es una ciencia *multiparadigmática* (Caparrós, 1979). Por otra, es una ciencia *multimétodo* (Cronbach, 1957, Pelechano, 1989,

Peñate, 1993). Estas escuetas pero esenciales declaraciones acerca de las teorías como únicos procedimientos para organizar e integrar datos y de los métodos como puentes entre dichas teorías y la realidad - el método es la concreción instrumental de una teoría (Ibáñez, 1992) - , acarrear consecuencias obvias en la línea de lo que aquí se expone conclusivamente. A nuestro entender estarían abonando la alternativa de *complementariedad de teorías y métodos* en aras de un más eficaz acercamiento a los objetivos que se ha propuesto la evaluación psicológica.

En concreto, el recurso a uno o varios métodos es una decisión que incumbe al psicólogo evaluador, en función de las necesidades y objetivos que dicte cada caso particular (Alvira et al., 1980, Silva, 1983). Así que la combinación de métodos está justificada por la variedad de necesidades, el deseo de fecundar unos y otros a fin de ofrecer intuiciones que ninguno por sí solo (por su esencial limitación) aportaría y, finalmente, en razón del hecho de que todos los métodos ofrecen sesgos, lo que viene a significar que la utilización de varios tipos de técnicas permite *validar convergentemente* la información recogida y depurarla.

Cada uno de los modelos (aunque obviamente existan otros de indudable interés no tratados aquí, como el *sistémico*, etc.) puede estar, en principio, más indicado en función de los *objetivos* aplicados y contextos específicos. Así, por ejemplo, si lo que se pretende es realizar una orientación o selección profesional, el modelo más indicado podría ser el *psicométrico o de atributo*. Si lo que interesa es indagar en procesos de pensamiento o de aprendizaje, vendrá bien el modelo *cognitivo*. En cambio, si el objetivo es el cambio de conducta, el modelo más indicado será probablemente el conductual o el *conductual-cognitivo* (Fernández-Ballesteros, 1992).

Por su parte, los objetivos de evaluación - orientación, selección, cambio y control - exigen asimismo distintos tipos de técnicas metódicas y de análisis. En cuanto al análisis, respecto a los dos primeros objetivos, sistemático y molar referido al conjunto de variables implicadas. En los restantes, un análisis molecular que

establezca las relaciones actuales existentes entre la conducta y el ambiente (Fernández-Ballesteros, 1988). En este sentido, el modelo integrador del conductismo paradigmático permitiría, según Fernández-Ballesteros (1992, vol. 1, p. 57), disponer de una conceptualización que eventualmente satisface los distintos objetivos de la evaluación enunciados.

Otra interesante aportación en esta línea de discurso la plantea Peñate (1993, p. 121) al sugerir que la *metodología* depende del grado de consolidación del comportamiento que se pretende analizar. *Nomotética* para las invariantes tradicionales. A medio camino entre lo correlacional y lo experimental para los aspectos motivacionales. Mientras que para los aspectos situacionales se ha utilizado *procedimientos ipsativos, no correlacionales*. Sin embargo, estas flexibles recomendaciones no deben hacer perder de vista que lo que distingue a una ciencia madura es la existencia de métodos de investigación y modos de explicación bien establecidos (Fodor, 1980, p. 19).

El debate planteado sobre modelos y métodos de algún modo se solapa con el, más general, acerca del carácter científico de la psicología y, por tanto, de la evaluación psicológica. Además del estatus científico de la evaluación, no han de olvidarse cuestiones tan relevantes como *su utilidad aplicada, la conexión entre teoría y tecnología, entre evaluación y variables socio-culturales, las pautas deontológicas de la profesión, etc.* En cualquier caso las teorías, modelos y métodos utilizables por el psicólogo evaluador serán aquéllos que mejor permitan *compatibilizar rigor científico y utilidad social*. Meta que, desde luego, no siempre es fácil conseguir.

Consideramos que no hay razones epistemológicas para circunscribirse a un solo modelo y método científico - la diversidad de oferta es muy amplia (Mayor, 1989) - , aunque sí cabe concluir que no todos son igualmente calificables de científicos. Se oyen voces autorizadas que invitan a abrirse a un *pluralismo metodológico* en el que tengan cabida no sólo aspectos propositivos sino socio-culturales del comportamiento humano (Pinillos, 1980). En definitiva, se propugna evitar el recorte

del campo de conocimiento en función de las restricciones impuestas por un método importado de otras ciencias, tratando de *ampliar la metodología de la psicología - y consiguientemente de la evaluación - para adecuarla mejor a la condición subjetiva de su objeto de conocimiento.*

"La historia de cada ciencia, la tradición de su investigación propia, de sus teorías más o menos consagradas, la infraestructura institucional de su práctica actual contribuye a determinar decisivamente los *objetos de estudio, los métodos, los modelos teóricos* significativos de cada momento" (Fierro, 1981, p. 11). Ahora bien, aun teniendo presente lo expuesto por Fierro, dada la gran diversidad de direcciones teóricas y de enfoques epistemológicos y técnicos, Yela (1980) recomienda seguir la orientación propia, al margen de todo dogmatismo, abiertos a las aportaciones de las otras perspectivas y a la posible corrección y complementación de unas respecto a otras. En última instancia se está sugiriendo, entre otras cosas, que las experiencias humanas - y el evaluar obviamente lo es - son *personales*. Esto quiere decir que tienen su parte de objetividad pero también de subjetividad, en cuanto que pasan por la elección de teorías, métodos y técnicas, la criba de datos y la interpretación de los mismos.

Conclusión

Tras haber efectuado una revisión de lo que, en nuestra opinión y en la actualidad, conforma la parte más relevante entre la diversidad de modelos y métodos utilizables en la evaluación psicológica, avanzamos algunas conclusiones valorativas sobre los mismos.

Son varias las posturas que cabe adoptar al respecto, que van desde la *rigidez* teórico-metodológica (no aconsejable, sobre todo en el ejercicio aplicado de la profesión) hasta el *eclecticismo* (Fernández-Ballesteros, 1980, 1984) - con frecuencia

útil en la práctica y socorrido, pero arriesgado en cuanto a garantizar el rigor científico y, en última instancia, la eficacia - pasando por la adscripción a ciertas fórmulas planteadas que pasan por la *integración* (Echeburúa, 1993, Fernández-Ballesteros, 1981, 1983, 1984, Fernández-Ballesteros y Staats, 1992) y la *complementariedad* en lo metodológico y/o teórico.

Es significativo el dato de una encuesta efectuada por Craighead, publicada en 1990, donde el 69% de los pertenecientes a la AABT (Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta) se identificaban con el modelo *conductual-cognitivo*, frente a sólo un 27% que lo hacían con el modelo *conductual* (Caro, 1995).

Tal vez esta tendencia actual a la integración tenga algo que ver con la progresiva concienciación acerca de la *complejidad* de la tarea que se le presenta al psicólogo. A su vez esta complejidad tiene que ver con aspectos epistemológicos asociados tanto al sujeto objeto de estudio, como al propio evaluador (hasta aquí las implicaciones serían sobre todo teóricas) y al proceso de conocimiento de uno sobre el otro (aspectos principalmente metodológicos). Estos tres planos se penetran mutuamente y parte de su especial complejidad se ejemplifica en la circunstancia de que en este tipo de exploración para el conocimiento científico el propio sujeto observado contribuye a dar información sobre sí mismo, su conducta y el sentido de la misma. La complejidad también se manifiesta en razón del objetivo que se plantea en la evaluación que consiste - de menos a más ambicioso - en describir, clasificar, predecir y/o controlar y, en su caso, llegar a explicar el siempre intrincado comportamiento humano, sobre todo cuando se vuelve problemático o patológico.

No se insistirá nunca bastante en la necesidad de que en la carrera de psicología se asegure la formación tanto en aspectos conceptuales como metodológicos. Muy en particular en esta materia, por más que el alumnado con frecuencia demande sobre todo información directamente referida a aspectos de intrumentación técnica que, en el supuesto de que se desvinculasen de los conceptos metodológicos (lo que no tiene por qué ser así), perderían su verdadera eficacia. Es

menester, pues, insistir en la importancia y utilidad de la vertiente *metodológica* que guíe en la práctica el entero proceso de evaluación psicológica (Fernández-Ballesteros, 1991). A explicar en qué consiste dicho *proceso* de evaluación psicológica, los objetivos a cubrir y las pautas que al respecto conviene seguir, dedicamos el capítulo siguiente.

CAPITULO 3

**EL PROCESO
EN
EVALUACION PSICOLOGICA**

3. EL PROCESO EN EVALUACION PSICOLOGICA

Introducción

La atención prestada a la evaluación psicológica como *proceso* es relativamente reciente (a partir de los años 60) y surge con la distinción marcada entre evaluación y mera aplicación de pruebas psicológicas. Así pues, la concepción del proceso está directamente asociada a la idea que se tenga de la propia tarea evaluadora y encierra en sí un componente no sólo conceptual, sino también *metodológico* - entendida la metodología como el conjunto de procedimientos que nos lleva a un fin - en tanto que disciplina de la psicología científica y en tanto que disciplina aplicada (Silva, 1982, 1988, Godoy y Silva, 1990).

El *proceso* se refiere específicamente a los pasos a dar para alcanzar un determinado fin, mientras que el *método* a la manera de obrar para alcanzarlo. Tan perdido va a verse quien no sepa cómo operar como quien no sepa el orden y los pasos a dar para alcanzar el objetivo; y es que no basta con arrancar a andar, sino que se han de tener claros tanto la meta como el camino a seguir que conduce a dicha meta.

Es por eso que en un capítulo consagrado al estudio del proceso de evaluación lo fundamental, a nuestro entender, será transmitir unas *pautas generales de acción*, más o menos estructuradas. Es decir, estructuradas con flexibilidad, conscientes de los condicionantes y limitaciones que inevitablemente surgen en el momento de la aplicación práctica de los principios generales de actuación que se recogerán en este capítulo. No obstante, las ventajas de disponer de una guía acerca de las fases a cubrir, del orden a seguir y de los pasos a dar para satisfacer los requisitos de adecuación, efectividad y rigor son evidentes. La esquematización de la acción que se propone la consideramos, por consiguiente, compatible con la necesaria flexibilidad adaptativa a los diferentes objetivos, individuos evaluados, circunstancias y, en general, a las particularidades que previsiblemente surjan en la diacronía del proceso de evaluación.

La complejidad del proceso - indirectamente apuntada - se confirma al considerar su carácter dinámico, asociado a su ocurrencia en el tiempo, solapamiento, relación dialéctica de unas fases del proceso con otras, e interacción no sólo con las particularidades antes señaladas, sino con otras más que derivan del propio evaluador y variables *procedimentales* tales como modelo de referencia, técnicas metódicas y técnicas de exploración utilizadas, etc. (Fernández-Ballesteros, 1980). Esa complejidad no es ajena a la que deriva de considerar la evaluación psicológica como *proceso de toma de decisiones* (Pelechano, 1978, Tack, 1979), punto que se tocará al final del capítulo.

Si bien a continuación se hará una rápida alusión a las diferentes maneras de entender el proceso en relación a los enfoques tradicional y conductual, nuestra intención va más allá en cuanto que nos interesa plantear un sistema o esquematización *general* del proceso que en lo posible trascienda de modelos y enfoques. El que propugnamos atañe a la *evaluación psicológica*, en el sentido integrador que dicha expresión o nomenclatura - tal como se ha expuesto en el primer capítulo - está cobrando en los últimos años.

3.1. La evaluación como proceso

Al igual que la investigación, la evaluación sigue un proceso o secuencia de actividades encaminadas a ampliar los conocimientos respecto al sujeto evaluado, que pasa por estas *etapas*: a) Formulación del problema, b) recogida de datos, c) elaboración y análisis de los mismos, d) interpretación de los resultados, y e) comunicación de los mismos (Arnau, 1978b).

Al inicio de este capítulo dedicado al proceso de evaluación psicológica se hace manifiesta la utilidad de haber planteado con antelación (punto 2.3.5.) el estudio comparativo de los enfoques de evaluación tradicional y conductual. Ello nos va a permitir utilizarlos inicialmente como referentes teóricos distintos en base a los que

estudiar diferencialmente lo que concierne al *proceso de evaluación psicológica* (Fernández-Ballesteros, 1980, 1983, 1992, 1994, Fernández-Ballesteros y Carrobbles, 1981b, Matud, 1993, Pelechano, 1978, 1988a, Schulte, 1980, Silva, 1982, 1988).

En términos generales y de cara a enfocar el estudio del *proceso*, dichas diferencias permiten, en función de los dos enfoques señalados, marcar las características específicas siguientes:

A) *Enfoque de evaluación tradicional*. El objetivo evaluativo es la descripción, clasificación y/o predicción de la conducta, la metodología es correlacional y las variables (fijas) a analizar los atributos.

B) *Enfoque de evaluación conductual*. El objetivo es la explicación (mediante análisis funcional) y la modificación - la evaluación es inseparable de este objetivo y se supedita a él - la metodología es experimental y las variables principales (cuando no únicas) ambientales. En este enfoque se tiene en cuenta, además, la evaluación del proceso de cambio (evaluación postratamiento), por lo que resulta más amplio, específico y complejo que el anteriormente comentado.

En cualquier caso, la utilización de un proceso u otro de los señalados básicamente va a depender del *objetivo* que se marque el evaluador : descriptivo y predictivo en la evaluación tradicional; explicativo y modificador en la evaluación conductual. Otro tipo de decisión que asimismo incumbe tomar al evaluador - relacionada con la primera - es la elección de las técnicas metódicas y técnicas de exploración más idóneas para cada caso concreto (Fernández-Ballesteros, 1983, Rodríguez Sutil, 1987).

Por otra parte, se ha señalado (Silva, 1988) que está produciéndose un cierto *acercamiento* - también en lo tocante a las fases del proceso de evaluación psicológica - lo que en parte relativiza el alcance de la controversia o polarización de los enfoques de evaluación tradicional y evaluación conductual. Dicho autor propone

como *triple objetivo* para la evaluación psicológica (punto 1.1.3.) la clasificación, la modificación y la evaluación de cambios, lo que cobra sentido a la luz de las sustanciales innovaciones evaluativas introducidas en este campo por la psicología cognitiva (véanse los puntos 2.3.4. y 2.3.6.1.).

En lo que concierne al proceso de evaluación psicológica nos planteamos algunas *disyuntivas* que atañen directamente al oportuno modo de desarrollar la evaluación y desenvolverse en ella, sobre todo en la práctica profesional. Algunas de estas disyuntivas sobre el proceso son: a) improvisado (*artístico*) o estructurado (*científico*), b) intuitivo o racional, c) general o específico, d) rígido o flexible, e) estático o dinámico. Como más o menos se irá deduciendo de lo que exponamos en adelante sobre el personal modo de entender el proceso, en general apostamos por priorizar y preservar el *segundo* de los términos (o descriptor) de las respectivas disyuntivas sucintamente expuestas.

Para Maloney y Ward (1976) el proceso de evaluación psicológica se inspira en un *proceso hipotético-deductivo de solución de problemas* y pasa por tres etapas básicas (ampliadas, como se verá): 1) Identificación del problema. 2) Recogida de datos. 3) Interpretación de la información. Aplicando - como se ha adelantado - el razonamiento hipotético-deductivo, se tratará de probar si los datos recogidos en las dos primeras fases apoyan o no las hipótesis establecidas, al punto que de hecho va a sobreentenderse una fase intermedia entre la 2 y la 3 - contrastación de hipótesis - no explicitada, como también otra final de conclusiones y recomendaciones terapéuticas (en los supuestos clínicos) dirigidas a solucionar el problema en cuestión. Básicamente nos guiaremos en este capítulo por el esquema (ampliado) aportado por estos autores y por Carey, Flasher, Maisto y Turkat (1984), perfilado por Silva (1988).

Antes de pasar a hablar de él, atendiendo a la diversidad de objetivos, ámbitos de aplicación y estrategias posibles planteados en la evaluación, se han propuesto

formulaciones generales del proceso de evaluación adaptadas a cada uno de los enfoques siguientes:

A) De evaluación tradicional (*enfoque tradicional*): 1) Primera recogida de información. 2) Formulación de hipótesis. 3) Deducción de conclusiones. 4) Verificación. 5) Conclusiones (Descripción, clasificación, predicción y toma de decisiones) (Fernández-Ballesteros, 1980, 1983).

B) De evaluación conductual (*enfoque experimental*): 1) Análisis del problema. 2) Determinación de las posibles relaciones funcionales entre las situaciones y respuestas del sujeto evaluado. 3) Establecimiento de un posible modelo funcional. 4) Aplicación del tratamiento (Pelechano, 1988a). O bien este otro esquema similar : 1) Formulación y evaluación del problema. 2) Formulación de hipótesis. 3) Selección de conductas-clave y variantes relevantes relacionadas. 4) Tratamiento. 5) Valoración de resultados. 6) Seguimiento (Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1981b, Fernández-Ballesteros, 1983).

Los dos enfoques considerados - el tradicional y el conductual - presentan unos aspectos comunes y otros divergentes, específicos de cada uno de ellos. Con uno u otro nombre, la recogida de datos iniciales es un paso a dar común a ambos enfoques, mientras que las diferencias se establecen desde el momento en que el primero persigue obtener una información generalizada en relación a la mayor especificación y objetivación - a través del análisis funcional y topográfico - que se propone el segundo. Varían también los objetivos característicos de cada enfoque (como se verá más adelante) y el modo de llevar a efecto la comprobación de los supuestos formulados. Finalmente, otra diferencia destacable entre ellos consiste en la vinculación más estrecha que se da en el enfoque conductual de las fases iniciales, propiamente evaluativas, con las fases últimas de carácter interventivo (Fernández-Ballesteros, 1992).

Pese a la existencia de diferencias importantes en ambos tipos de procesos, hablando del *proceso de evaluación psicológica* en general se puede en síntesis establecer - siguiendo a Silva (1988), aunque con algunas modificaciones - las *fases* fundamentales siguientes:

a) Obtención de información preliminar:

- *planteamiento del problema por parte del cliente*
- *precisiones del problema.*

b) Desarrollo de hipótesis:

- *elaboración de hipótesis*
- *su operacionalización.*

c) Contrastación de hipótesis:

- *planificación de la investigación*
- *recogida de información*
- *integración interpretativa de la información*
- *formulación del juicio diagnóstico.*

d) Resultados y programación de la intervención:

- *elaboración del informe*
- *indicación de la forma de intervención*
- *planificación de la intervención (tratamiento).*

e) Control

Como puede apreciarse, esta propuesta del proceso de evaluación está inspirada en una mentalidad de *integración teórico-metodológica*, en sintonía con la tendencia actual (de la que ya se ha hablado en los capítulos anteriores) de caminar hacia una concepción más abierta, conciliadora y general de nuestra disciplina.

Por otra parte, ésta es una *esquematización formal*, que no de contenidos, los cuales dependerán de cada caso, de cada evaluador, de la teoría desde la que éste trabaje, de los objetivos y de otras circunstancias varias que concurren. De ahí que - como se adelantaba en la introducción - pretenda ser un *esquema* de proceso flexible y adaptable, abierto a la posibilidad de acoger en sí las modificaciones que lo adecúen a las necesidades reales, a la condición específica de cada caso.

3.2. Recogida de información inicial

Para llegar a conocer y comprender al sujeto evaluado y sus problemas, es obvio que el evaluador ha de adoptar una postura activa de contacto con él y de puesta en marcha de los mecanismos que faciliten la *recogida de información relevante*. Es imprescindible a tal fin crear las circunstancias idóneas para la *producción* de informaciones y datos válidos, lo que representa una condición básica. Otro aspecto importante a tener en cuenta es la capacidad que tenga el evaluador como observador participante en la situación de examen. Respecto a la recogida de información inicial destacamos dos aspectos u operaciones a realizar: el planteamiento del problema por parte del sujeto evaluado y la necesidad de precisar dicho problema.

3.2.1. Planteamiento del problema

La primera tarea que se presenta al evaluador es la de conocer *en qué consiste el problema* por el que el cliente demanda ayuda. Tan pronto sea posible se

determinará si el problema incumbe o no al evaluador, en caso negativo éste lo derivará a otro profesional más idóneo.

Inicialmente se parte de identificar el problema tal como es formulado por el sujeto a evaluar (y/o por sus familiares, en el caso de un menor). Esto acarrea valorar la importancia real de las primeras informaciones, atendiendo a las circunstancias en que se producen. Sin embargo, no es nada extraño que lo que en un primer momento se presenta como el problema principal, deje de serlo en cuanto que se vea que ocupe un lugar secundario u oculte otro problema de mayor envergadura relacionado o no con el primero. Esta circunstancia abona la necesidad de que la exploración inicial se diversifique y amplíe y que, partiendo de la información recibida, no se cierre en ella, sino que pueda avanzar en direcciones distintas. El objetivo último será transformar los planteamientos más o menos imprecisos del cliente en términos *concretos* (Fernández-Ballesteros, 1992).

La recopilación de información cumple dos *objetivos* principales: por un lado sirve de base para la formulación de hipótesis explícitas y, por otro, facilita la tarea de planificar la subsiguiente recopilación de información que permita contrastar las hipótesis planteadas. Se sigue el modelo de aproximación "*a priori*" a la evaluación (Carey, Flasher, Maisto y Turkat, 1984) en el que las hipótesis diagnósticas son contrastadas antes de llevar a cabo el programa de tratamiento (Silva, 1988).

A fin de conseguir el objetivo marcado, se utilizan las *técnicas* más idóneas, generalmente abiertas y de amplio espectro como son la entrevista (datos biográficos, anamnésticos, contextuales, etc.), la observación (comportamiento del sujeto), informaciones de otras personas, etc. Abundando en lo dicho, si bien cada problema acostumbra a llevar consigo alguna indicación respecto a la pertinencia de recurrir al apoyo de determinados instrumentos para su evaluación, habrá que procurar que en esta fase preliminar se apliquen con la necesaria flexibilidad y apertura de campo, de modo que no cierren la posibilidad de descubrir otros problemas, pues no es raro

que éstos emerjan paulatinamente a lo largo del proceso evaluador (Pelechano, 1988a).

Por parte del evaluador son muchas las *cualidades* exigibles, entre ellas las de saber observar, escuchar, relacionarse con el sujeto evaluado, seleccionar y aplicar los instrumentos de evaluación (3.4.1. y 3.4.2.), relacionar la información recabada, elaborar hipótesis acertadas (3.3.1.), contrastarlas con los datos disponibles (3.4.3.), sintetizar bien la información y formular buenos juicios diagnósticos (3.4.4.), etc. Es necesario que el evaluador transmita al sujeto evaluado serenidad, confianza, seguridad, ánimo para enfrentar la tarea, motivación para colaborar activamente... Las deficiencias en este campo relacional - entre otras - repercuten decisivamente restando valor y eficacia al conjunto del proceso evaluador. De ahí que uno de los objetivos importantes de la entrevista inicial sea precisamente establecer una buena relación (*rappori*) con el cliente, motivarlo, etc.

3.2.2. Precisión del problema

Es importante que el evaluador sepa *qué información* le interesa recabar. Esto va a depender de cada caso y más específicamente de los objetivos establecidos, del modelo desde el que trabaje, así como de los recursos disponibles y las limitaciones. Ni que decir tiene que ha de estar familiarizado con las fuentes de información (verbal, no verbal, observacional...) y las técnicas facilitadoras de recogida de información, así como saber discernir la importancia y significatividad, limitaciones y complejidad de las informaciones. En otras palabras, se han de aislar las dimensiones racionales del problema, preparando el paso a su posterior operacionalización, y definirlo con la mayor objetividad posible, determinando los componentes, circunstancias asociadas a él, gravedad y *lagunas* informativas en torno al problema principal que quedan pendientes de completar en fases ulteriores del proceso (Pelechano, 1988a).

Fernández-Ballesteros (1980, 1983) agrupa las variables que pueden influir determinando la cantidad y calidad de la información recogida en la evaluación en tres grupos: a) *Del evaluador* (expectativas, refuerzos, nivel de entrenamiento, características de personalidad, etc.). b) *Del sujeto evaluado* (motivación, habilidades, rasgos de personalidad, sesgos como el de deseabilidad social y otros, etc). c) *De la situación* (ambiente físico, características del material utilizado, familiaridad con la situación, etc).

Se ha podido pensar por parte de algunos que en evaluación el *quid* de la cuestión estaba en la utilización de determinados instrumentos de recogida de información (sobre todo tests psicológicos), pero - con ser éste un aspecto importante - no puede ignorarse la incidencia que en cuanto a la calidad de la evaluación tiene el ajustarse al método científico y saber depurar la información recogida. Y es que *metodología, instrumentación y elaboración personal de la información* por parte del evaluador son tres aspectos muy importantes que, además, están interrelacionados.

Como se ha visto, aclarar el motivo de la consulta y recoger la formulación del problema tal como inicialmente lo ve el sujeto a evaluar, son dos tareas importantes. En base a esta información previa, el psicólogo procederá a ampliar la información disponible a fin de identificar mejor el problema, lo que conlleva indagar en su naturaleza, contenido y circunstancias (en que se produjo, para unos; que lo mantienen, para otros). La exploración y análisis en diferentes planos que este proceso esquematizado de recogida de información conlleva, permitirá no sólo poner en marcha el proceso de evaluación en sí mismo, sino enmarcarlo, formular con claridad sus objetivos y dar paso a la siguiente fase de *formulación de hipótesis*.

Como apoyo a la exploración activa de las características personales, contextuales y conductuales relacionadas con el motivo de la consulta, existen algunas *guías* al efecto. Estas pueden ser utilizadas según el formato original o bien a modo de fuente de sugerencias a disposición del evaluador, quien podría apoyarse en ellas para elaborar su propia pauta de recogida de información, adaptable a supuestos,

problemáticas, enfoques de trabajo y casuísticas distintas. Sirvan de ejemplos de estas guías el *Cuestionario Autobiográfico*, de Cautela (1977) y el *Cuestionario Multimodal de la Historia de Vida*, de Lazarus (1976).

3.3. Formulación de hipótesis

La fase de *formulación de hipótesis* es característica de la manera científica de plantear la evaluación psicológica y marca la *señal* decisiva del modo actualizado de entenderla, que la distancia definitivamente de proceder simplistas donde, en el pasado, se soslayaba el recurso a este componente dinamizador e impulsor del proceso de evaluar. Como veremos, la formulación de hipótesis pasa por las dos *subfases* de elaboración y posterior operacionalización de las mismas.

3.3.1. Elaboración de hipótesis

La necesidad de establecer hipótesis obliga a terminar de precisar el problema y a formularlo en términos psicológicos, relacionando la información preliminar con los objetivos. En la *formulación de hipótesis* influye el marco teórico del psicólogo, el modelo desde el que trabaja, así como la veracidad y exhaustividad de los datos manejados (Forns, 1985). Así, la *aceptabilidad de las hipótesis* depende de criterios distintos en función del modelo desde el que se trabaja. *Adecuación y fuerza predictiva* de dichas hipótesis en la posición conductual-cognitiva, frente a *parsimonia* o ausencia de inferencias en el conductismo (Mahoney, 1974).

No es sólo la teoría desde la que opera el evaluador, sino también los conocimientos extraídos de su experiencia al respecto los que proporcionan la base para *generar* hipótesis. Cada una de las hipótesis planteadas tiene para el evaluador una probabilidad subjetiva determinada. El proceso diagnóstico/evaluador va a

consistir en la "*evaluación de la probabilidad a posteriori de esas hipótesis*" (Ibáñez y Belloch, 1985, p. 138).

La *formulación de hipótesis* es el segundo momento del proceso investigador. La recogida de información inicial suele permitir establecer algunas hipótesis del caso. Así es que sigue al momento observador y precede al de verificación experimental. La formulación de hipótesis en el proceso de evaluación es un paso importante que introduce a los evaluadores en la metodología hipotético-deductiva, la cual tiende a extenderse y utilizarse, con la debida flexibilidad, en la evaluación aplicada (tal como se apuntó en la primera parte del capítulo segundo de este trabajo).

Para facilitar el paso de formular las correspondientes hipótesis, es conveniente *ordenar, clasificar y sistematizar la información* (de todo tipo, no sólo problemática, sino también adaptativa, contextual, etc.) recogida por diferentes fuentes, de modo que se le otorgue sentido y de esa forma se haga posible la elaboración de hipótesis referidas al problema o problemas planteados por el sujeto a evaluar. Dichas hipótesis han de ser *contrastables* y estar basadas en datos empíricos debidamente comprobados (Fernández-Ballesteros, 1992).

Las hipótesis son *conjeturas* que se plantea a fin de intentar *explicar* los comportamientos problema detectados, que el evaluador formula creativamente, muchas veces sugeridas por los marcos teóricos de referencia (Fernández Trespalacios, 1983)

"Las hipótesis *explican* los fenómenos de los que el problema se ocupa. (...) Si podemos relacionar tal hecho con otro de una forma apropiada, podremos decir que el primero ha quedado explicado. La hipótesis es la herramienta que utilizamos para encontrar dicha explicación" (McGuigan, 1971, p. 52).

La importancia central que cobra la fase que analizamos se refleja en la idea que al respecto tiene de la evaluación psicológica Silva (1989): "Consiste esencialmente en *un proceso de construcción y contrastación de hipótesis acerca del comportamiento humano*" (p. 189). Este proceso se inicia de forma temprana e imprevisible, madurando conforme van reuniéndose las primeras informaciones que permiten captar progresivamente el funcionamiento holístico del sistema de variables que conforman un comportamiento problemático. Las formulaciones hipotéticas son revisables y, por lo general, tanto menos consistentes cuanto más precoces e infundadas, lo que no significa que las cadenas de hipótesis tentativas y provisionales que desembocan en las definitivas carezcan en sí de importancia.

El *valor intrínseco de las hipótesis* que se consideran es desigual, dependiendo, entre otros factores (conocimientos de psicología que posea el evaluador, imaginación creadora, etc.), del monto de información relevante disponible en cada momento (Pelechano, 1978). En suma, las hipótesis que se recogen en esta fase han podido gestarse en la anterior y desarrollarse en los primeros momentos de la siguiente, en paralelo con la planificación y recogida de la información que, junto con la interpretación y emisión del juicio diagnóstico, constituyen el núcleo de la tarea evaluadora propiamente dicha.

Las hipótesis desempeñan una función de *dirección y guía* respecto al tipo de datos que interesa estudiar y las indagaciones a realizar durante la evaluación. Ellas orientan asimismo acerca de la naturaleza de las unidades a analizar, siendo recomendable en general que éstas no sean demasiado abstractas ni *microscópicas*, ya que de lo contrario se dificultaría su síntesis posterior, a efectuar en la fase de contrastación de hipótesis, explicación y formulación de conclusiones diagnóstico-*/evaluadoras*.

3.3.2. Operacionalizaciones

La definición *operacional* señala las operaciones a realizar y lo que ha de observarse para confirmar determinado aserto en el que figura el término que se define (Dorsch, 1976). Así pues, definición operacional es aquella en que se especifican las acciones concretas a llevar a cabo para su medición. Su utilización facilita el rigor de los planteamientos científicos. Al restringir en ella el lenguaje a proposiciones intersubjetivas verificables, por su precisión y claridad, se aleja de la ambigüedad y confusión de las definiciones formales. La deducción de enunciados verificables referidos a las hipótesis se realiza mediante la selección de variables a analizar y la elección de técnicas concretas y procedimientos a seguir en la verificación (Fernández-Ballesteros, 1992).

La operacionalización de las hipótesis se encamina a garantizar su *verificabilidad*, lo que exige que sean formuladas en base a *datos empíricos contrastables y operaciones concretas*. Las hipótesis pueden referirse a aspectos como la naturaleza, origen, mantenimiento y pautas de modificación de los problemas recogidos en la primera fase del proceso evaluador. Las definiciones operativas difieren en su grado de especificidad. Pueden ser definiciones *cualitativas* cuando se pretende clasificar y describir, pero preferiblemente *cuantitativas* cuando lo que se pretende es predecir y controlar. Las propias técnicas de evaluación resultan útiles también para operativizar las hipótesis. Esto último exige que el evaluador seleccione los procedimientos de recogida de información idóneos para la especificación y medición tanto del problema como de las variables ambientales y personales (Fernández-Ballesteros, 1992).

Obviamente, la formulación de hipótesis ha de realizarse en base a unos supuestos teóricos debidamente *contrastados*, de lo contrario invalidaría los resultados del proceso. Esto conlleva efectuar una conceptualización psicológica del caso (Godoy y Silva, 1990), recurriendo a los conocimientos científicos más adecuados para caracterizar psicológicamente los problemas, y dibujar con precisión "tanto el estado

actual como el estado futuro que se desea conseguir (objetivos del tratamiento), de tal forma que pueda pasarse de uno a otro estado" (p. 66).

La operacionalización en cuestión exige que las hipótesis formuladas sean articuladas con enunciados sencillos, fáciles de verificar (Fernández-Ballesteros, 1980, p. 161). En principio, la verificación se produce mejor por *falsación* - pudiendo serlo - que por confirmación. En la verificación se utiliza el método inductivo, es decir, conforme más casos particulares deducidos de la hipótesis no se falseen por la experimentación, la probabilidad de la bondad de la hipótesis aumenta.

3.4. Contrastación de hipótesis

Las variables contenidas en una hipótesis empírica son definibles operacionalmente y, por tanto, se refieren a eventos que se pueden medir y observar directamente, es decir, que se pueden *contrastar*.

Para llevar a efecto la fase de contrastación de hipótesis se requiere dar una serie de *pasos* que van desde la planificación de la investigación (1) que posibilite la recogida de la información pertinente (2) para poner a prueba dichas hipótesis, hasta el momento interpretativo (3) y consiguiente formulación del juicio diagnóstico (4), el cual viene a constituir la cúspide de la contrastación de las hipótesis evaluativas. Esta estrategia - como se apuntó más arriba (punto 3.2.1.) - corresponde al modelo del proceso de evaluación *a priori* (Carey, Flasher, Maisto y Turkat, 1984, citado en Silva, 1988), donde la contrastación (validación) de las hipótesis precede a la programación del tratamiento.

No obstante, muchos autores conductistas opinan que es *el tratamiento* - más exactamente el que éste demuestre su eficacia o no - lo que de verdad pone a prueba la validez de las hipótesis evaluativas (Fernández-Ballesteros, 1980). Esta última opinión, que corresponde al modelo de confirmación *a posteriori* de las hipótesis

diagnósticas, es cuestionada con razón por Silva (1988) basándose en la idea de que pueden cometerse errores en el modo de aplicar el tratamiento, contribuyendo así a su ineficacia, lo que desvirtuaría el valor de dicha prueba.

3.4.1. Planificación de la investigación

Esta fase del proceso tiene como finalidad preparar el terreno para la *comprobación de los datos e hipótesis* barajados, y la consiguiente contrastación con las informaciones y datos recopilados acerca del sujeto. A tal fin es necesario prever los *instrumentos* de evaluación oportunos, estrategias de *análisis*, orden de aplicación, adaptaciones necesarias, utilización de medios disponibles y otras circunstancias, todo lo cual viene a llamarse *planificación de la investigación*.

3.4.1.1. Alternativas metodológicas

En este momento planificador procede plantearse qué *método* se va a seguir. Existen alternativas al método experimental en las diferentes aplicaciones de la evaluación psicológica, no por ello menos válidas y fiables científicamente. La elección de una u otra metodología en la planificación es responsabilidad que incumbe al evaluador, en función de los objetivos que se marque, del tipo de comportamientos a evaluar, de las hipótesis explicativas, recursos y limitaciones existentes en cada caso. "Los métodos de investigación tienen que ser flexibles y adecuados a la materia de estudio" (Seoane, 1980, p. 103). Es más, el propio diseño de investigación puede, excepcionalmente, ser corregido y adaptado sobre la marcha en función de acontecimientos casuales o hallazgos relevantes (Silva, 1982).

3.4.1.2. Objetivos de la evaluación

Los objetivos principales de la evaluación son: *descripción, clasificación, predicción, explicación y control de la conducta*. Salvo para los dos primeros

señalados, para el resto de objetivos el planteamiento de hipótesis resulta esencial. En cuanto a la explicación, las propias hipótesis a fin de cuentas son *explicaciones* posibles que habrán de ponerse a prueba. Por otra parte, si una hipótesis es muy atinada, inmediatamente adquiere capacidad *predictiva*. Finalmente, el *control* viene a ser también otra prueba poderosa de la validez de una hipótesis: las condiciones que se supone causan la conducta son alteradas para ver si con ello el fenómeno cambia en la dirección prevista.

La idea del *para qué* se realiza la evaluación nos lleva a concretar cuatro cuestiones esenciales: 1) Diagnóstico. 2) Orientación. 3) Selección. 4) Tratamiento y cambio. Objetivos y metas diferentes requieren procedimientos de actuación distintos. Según Fernández-Ballesteros (1992), "mientras el diagnóstico, la orientación y la selección pueden realizarse mediante planteamientos metodológicos *correlacionales*, no sucede así a la hora de la aplicación de un tratamiento, el cual deberá llevarse a cabo mediante métodos *experimentales*" (vol. 1, p. 61).

3.4.1.3. La contrastación de hipótesis y la planificación del enfoque evaluador

Hay que recordar que la finalidad última de la *planificación* de la investigación es propiciar la *contrastación de hipótesis* y que esta tarea representa una de las fases esenciales del método hipotético-deductivo. Según las metas planteadas en la evaluación, la verificación de las hipótesis propuestas se realizará por medio de dos variantes: tan sólo mediante técnicas correlacionales o complementadas con procedimientos experimentales. Con esto queremos recordar que, según se siga el enfoque correlacional (descriptivo) o el experimental (interventivo-valorativo), las restantes fases del proceso evaluador presentarán diferencias importantes que habrán de tenerse en cuenta (Fernández-Ballesteros, 1980, 1981d, 1992, 1994).

En resumen, para la *contrastación de hipótesis* se ofrecen dos variantes:

a) *Métodos correlacionales u observacionales*. Aplicables para los objetivos de descripción, diagnóstico, orientación y/o selección, es decir, para los supuesto en que se trata de establecer predicciones sobre el comportamiento.

b) *Método experimental*. Aplicable para los objetivos de cambio de conducta (tratamiento). Existen dos modalidades: 1) A medida (*idiográfico*), cuando la contrastación se basa en el análisis pormenorizado del problema y de las variantes en torno al mismo. 2) Paquete de tratamiento (*nomotético*), que se aplica en forma estándar ante determinados tipos de problemas (Fernández-Ballesteros, 1994).

Así que en la *planificación de la investigación evaluativa* se plantea - entre otras - la disyuntiva de seguir la perspectiva tradicional, basada en el diagnóstico o bien la conductual, basada en el análisis funcional. Es interesante al respecto la sugerencia de elegir una u otra opción *en función del tipo de trastornos*: a) si fueran de etiología *biológica*, resultará de más utilidad el enfoque diagnóstico; b) si fueran altamente dependientes del *ambiente* circundante, será más idóneo el análisis funcional (Nathan, 1981, citado en Godoy, 1991).

Se ha insistido en la importancia e implicaciones que el componente *metodológico* tiene en el entero proceso evaluador y éste en el de intervención psicológica (véase primera parte del capítulo 2). En efecto, el método va más allá de asegurar un procedimiento de recolección de datos, pues debe además facilitar el proceso de creación de hipótesis y la contrastación de las mismas que conduzca a su aceptación o rechazo. La relación estrecha que en concreto tiene el método elegido con la subfase de planificación de la investigación que nos ocupa, se manifiesta en que en sí misma la metodología viene a ser un proceso que conecta la teoría con la realidad objeto de estudio y los procesos de acercamiento cognoscitivo entre ambas, lo que pasa por la aplicación de instrumentos de medición (subfase siguiente: 3.4.2.) y el establecimiento de inferencias interpretativas (3.4.3.), etc.

3.4.2. Recogida de información

La subfase anterior de planificación de la investigación tiene como componente importante la selección de los instrumentos y estrategias de análisis para la *recopilación de información*. El sentido último de dichos instrumentos de exploración y medida no es otro que facilitar la base de información necesaria para llevar a cabo la tarea de contrastación de las hipótesis planteadas en el proceso evaluador.

3.4.2.1. Selección de instrumentos

En opinión de Forns (1985), los *criterios* para la selección en cada caso de instrumentos son: a) su pertinencia para contrastar las hipótesis, b) su poder clarificador del problema y c) la relevancia de la información que aporten. Habrá que elegir las técnicas y procedimientos de recogida de información más adecuados en razón de la naturaleza del problema, las características del sujeto a evaluar y circunstancias que acompañan. En principio, en la evaluación de cualquier problema, para la evaluación de una misma variable se considera conveniente seleccionar más de un instrumento. Otra recomendación útil es observar las relaciones que eventualmente se puedan dar entre las variables (Pelechano, 1988a).

Fernández-Ballesteros (1992) recomienda que la aplicación de técnicas de evaluación durante el proceso vaya en progresivo avance en cuanto a su capacidad de aportar especificidad, rigor y exactitud de los datos, pasando - orientativamente - de las técnicas de amplio espectro en el primer nivel a las técnicas generales y específicas en el segundo, a los códigos de observación sistemática y técnicas objetivas en el tercero y último nivel.

Una recomendación más de interés (Fernández-Ballesteros, 1994, Forns, 1993) consiste en utilizar la estrategia de los *multiinformantes*, es decir, recurrir a lo largo del proceso evaluador a distintas fuentes de información (sujeto, allegados,

observadores externos, aparatos) y a distintas técnicas de evaluación como fuentes de recogida de información.

Es evidente que toda evaluación involucra un componente subjetivo en relación, entre otros aspectos, con la adopción de la estrategia de evaluación y la selección de los instrumentos más idóneos para la recogida de información relevante del sujeto evaluado y su contexto (Matarazzo, 1992).

3.4.2.2. Clasificación de los instrumentos

Los procedimientos de recogida de información disponibles en evaluación psicológica se *clasifican* en los grupos siguientes: 1) Técnicas de observación. 2) Técnicas objetivas. 3) Autoinformes. 4) Entrevista. 5) Técnicas subjetivas. 6) Técnicas proyectivas (Fernández-Ballesteros, 1983). Desde el enfoque de evaluación conductual la *clasificación* de instrumentos de evaluación es la siguiente: 1) Observación sistemática. 2) Escalas de observación cumplimentadas por allegados. 3) Autoobservación (y autorregistro). 4) Autoinforme. 5) Entrevista (Fernández-Ballesteros, 1994).

Pelechano (1988a) señala tres *requisitos* que han de acompañar a los instrumentos de recogida de información: a) *Normalizados*, en aras de su objetividad, rigor y precisión evaluativa. b) *Validados*, es decir, que exista una correspondencia entre lo que se mide con ellos y lo que se pretende medir. c) *Calibrados*, es decir, cuantificados de algún modo.

La utilización de *instrumentos de medida estandarizados* tiene como propósito perfeccionar la calidad de los datos observados, asegurar su objetividad y exactitud, eliminando al máximo las posibles fuentes de distorsión y error en la recopilación de información durante la evaluación (Arnau, 1978b).

No hay que olvidar al respecto que la *recogida de datos* de observación por parte del evaluador, sean cuales sean los medios técnicos (*instrumentos*) empleados, es un *proceso representacional* que describe una parte de la realidad en forma de *signos convencionales* (códigos, números, palabras, etc.), que en definitiva son los que hacen viable su análisis y comunicación (Behar y Riba, 1993).

Para la *valoración de la información* recogida durante el examen se requiere tener en cuenta no sólo la información derivada de la aplicación de las diferentes pruebas psicológicas, sino las variables de situación no controladas, de motivación y aquéllas otras concomitantes con la forma de realizar el examen que el evaluador haya observado.

3.4.2.3. Triangulación de datos

En relación con el empleo de distintas técnicas de recogida de información y la preocupación por aumentar la validez de los datos cualitativos, procede decir algo sobre el procedimiento de la *triangulación*. Consiste en la "combinación de métodos, estrategias y recogida de datos para el estudio de un mismo fenómeno, por medio de los cuales se obtienen datos de naturaleza variada, que facilitan y objetivizan por su *convergencia* el abordaje evaluativo de dicho fenómeno" (Sánchez y Anguera, 1987, p. 311).

La triangulación se justifica en evaluación debido a la *complejidad* de ciertos hechos que con frecuencia escapan a las posibilidades de un análisis que se apoye en una única forma de recogida de datos. Así, por ejemplo, algunos datos facilitados por los sujetos evaluados acerca de las *causas* de ciertos comportamientos, por su probable subjetividad, han de tomarse más como algo a explorar que como explicaciones consistentes a incorporar directamente a la evaluación psicológica.

La estrategia de los multiinformantes en evaluación permite hacer acopio de datos de *diferente* procedencia, características y nivel en relación al estudio de un

mismo fenómeno. La recogida de datos desde distintos ángulos para su *comparación* y *contrastación* recibe el nombre de *triangulación* (Denzin, 1970). La triangulación es una de las técnicas de análisis de datos más característica de la metodología *cualitativa*, aunque no sólo de ella.

La triangulación conlleva reunir diferentes datos y de diferente tipo (cualitativos y cuantitativos, complementados como se apuntaba en 2.2.3.) referidos al mismo problema. Esta *convergencia de informaciones* procedentes de diferentes conductos permiten su verificación en aras de un mayor rigor y objetivización de las mismas (Forns, 1993).

Existen diferentes *modalidades* de triangulación (Anguera, 1986a, p. 36): a) *De datos* (incluyendo tiempo, espacio y persona). b) *De investigador/evaluador* (cuando se utilizan varios en la misma investigación/evaluación). c) *Teórica* (utilización de distintas perspectivas enfocadas a un mismo objetivo). d) *Metodológica*, en un sentido amplio que incluye métodos y técnicas de evaluación distintas. Con no ser la única, hemos enfatizado la modalidad de *triangulación de datos* al servicio de una mayor validez de los mismos, como uno de los aspectos a tener en cuenta durante la subfase de recopilación de información.

En el supuesto de que se efectúe *screening*, a aquellos sujetos a los que se les detecte problemas, será oportuno aplicarles una evaluación complementaria, personalizada, más fina y minuciosa, y en su caso un plan de evaluación intensivo.

Tanto en esta subfase de *recogida de información*, como en la que sigue de *interpretación* de la misma, en las que la tarea de *contrastación de hipótesis* es más intensa, el evaluador ha de estar advertido de un fenómeno cognitivo que se da con frecuencia. Este no es otro que la tendencia a *verificar* las propias hipótesis y no a *falsarlas*. Quiere decirse que inconscientemente se propende a escamotear la verdadera puesta a prueba de las hipótesis, en aras de la reafirmación del profesional. Uno de los efectos inmediatos de este fenómeno es el de recoger información

redundante (coincidente con la hipótesis formulada) e ignorar (o infravalorar) la que resulte *discordante* con ella (Godoy, 1994).

3.4.3. Integración interpretativa de la información

La información de toda índole (cuantitativa y cualitativa) recogida en las fases iniciales del proceso evaluador necesita ser analizada, valorada, en su caso tabulada, comprobada su calidad, ponderada, *sintetizada e interpretada* oportunamente. El proceso de interpretación de la información es paralelo al de integración y sistematización de la misma, siempre en función de los objetivos de la evaluación. Todo ello en orden a la clarificación del problema objeto de estudio y a la consiguiente comprobación de las hipótesis. Si éstas son contrastadas, el proceso avanza, mientras que si no lo son, entonces se hace preciso reiniciarlo, retrocediendo a la fase de formulación de nuevas hipótesis.

Sin duda, establecer inferencias es no sólo aceptable sino necesario. Lo decisivo en este punto será determinar *cuándo* y *cuáles*, o sea, que las inferencias sean debidamente controladas. Conviene recordar que las inferencias cumplen el propósito de facilitar la *comprensión* de la conducta, "aumentar la cantidad de *evidencia explicativa* y la *consistencia lógica (razonabilidad)* de nuestras hipótesis" (Mahoney, 1974; trad. 1983, p. 43).

En la actualidad se propugna el *multimetodismo*, es decir, el empleo de distintas vías metódicas para la contrastación de hipótesis (experimental, correlacional, observacional...) (Fernández-Ballesteros, 1994).

La *interpretación* que se haga de las informaciones recogidas depende del modo como sean considerados los datos. Estos pueden ser: a) *signos* o variables subyacentes intrapsíquicas, b) *correlatos* o predictores de otros comportamientos que nada tienen que ver con lo que *objetivamente* se registra en la situación de test, y c)

muestras de lo que el individuo es capaz de realizar en una determinada situación (Fernández-Ballesteros, 1983, vol. 1, p. 266).

Las *inferencias* a realizar, que idealmente conviene que sean del nivel más bajo (la autora citada alude a cuatro *niveles* distintos de inferencia), se asocian a la naturaleza de los diferentes datos y a los marcos teóricos de referencia. Lo que *dicen* los datos depende siempre de las teorías a las que se recurre para interpretarlos, pues "se necesitan conceptos para pensar los datos" (Ibáñez, 1992, p. 19). Cuanto de mayor nivel sean las inferencias realizadas, mayor riesgo se corre de que nos alejen de los datos, de la objetividad y el necesario rigor en el manejo de los mismos. En este sentido, la regla ideal a seguir podría ser apoyarse en *datos objetivos fiables* y limitarse a realizar las mínimas y bien *controladas* inferencias posibles. Porque no en vano el proceso diagnóstico/evaluator se considera "una actividad técnico-científica" (Godoy y Silva, 1990).

La *información* disponible ha de ser relevante, suficiente, y válida (Forns, 1985). Pinillos (1980) añade que significativa y consistente, si bien depende siempre de la *interpretación* que se haga de los datos. Por consiguiente, es misión importante del evaluador preocuparse de contrastar las garantías (científicas y éticas) de los datos que maneja (véase Fernández-Ballesteros, 1983, tema 6).

No debe perderse de vista que si bien durante el proceso evaluador, por necesidades científicas, se tiende a *descomponer* analíticamente el conocimiento, en la ya avanzada subfase de interpretación de la información y - con mayor razón - en la que sigue de formulación del juicio diagnóstico, se hace imprescindible elaborarla e *integrarla*. La interpretación encierra en sí una intención reconstruidora del sentido global y totalizador de la realidad objeto de estudio. La personalidad es *un todo* con significado individualizador, no una adición de rasgos y comportamientos *desintegrados*. Por consiguiente, el evaluador ha de ser capaz de comprender la estructura, la globalidad, el significado de los datos - no se olvide que referidos a una *indivisible* entidad biopsicosocial que es el individuo evaluado - lo cual sólo es posible si se tiene

una *visión unificadora* de la totalidad de la información recabada (de ahí que hayamos denominado a esta subfase *integrativo-interpretativa*).

3.4.4. Formulación del juicio diagnóstico

El *juicio diagnóstico* hay que elaborarlo a partir del conjunto de datos acumulados hasta esta fase del proceso evaluador y por sí mismo exige emitir una formulación de carácter sintético y valorativo. A tal fin puede seguirse el modelo clínico (cualitativo) o el actuarial o estadístico (cuantitativo) (punto 2.2.3.), apoyados, respectivamente, en la experiencia y poder de intuición del evaluador y en el marco de una serie de reglas formalizadas de decisión que llevan al diagnóstico de una manera automática (Silva, 1988). En la práctica se recurre habitualmente al primero de los supuestos, es decir, el diagnóstico emitido por el evaluador.

Se han propuesto diversos modelos - además del clínico y actuarial - desde los que el evaluador elabora el juicio diagnóstico (Vizcarro, 1987). En términos generales, el *juicio diagnóstico* se genera a través del proceso de interacción entre la información recogida por diferentes conductos, digamos que proveniente del medio ambiental, y la información personal almacenada por el evaluador (conocimientos, experiencia...) desde la que elabora y categoriza aquélla.

El juicio diagnóstico ha de *caracterizarse* por ser: a) eminentemente descriptivo, b) integrador de todos los datos relevantes recogidos, c) que apunte a la intervención, d) que especifique aspectos etiológicos, en lo posible, así como de funcionamiento adaptativo y referencias a los estresores situacionales, e) predictivo en aspectos susceptibles de seguimiento y contrastación, f) relacionado estrechamente con los objetivos (Avila, 1986).

Respecto al *proceso cognitivo* que conduce a la formulación del juicio diagnóstico, cabe recoger algunas *advertencias* que nos parecen de interés (Silva,

1988): 1) Se tiende a hacer mejor uso de la información positiva (presencia de algo) que de la negativa (su ausencia). 2) Se tiende a hacer mejor uso de la información que confirma hipótesis que de la que las contradice. 3) Se tiende a sobreestimar el valor diagnóstico de la primera información (*efecto de primacía*) y de la última (*efecto de recencia*). 4) Se tiende a sobreestimar la probabilidad de unas pocas hipótesis que tenemos más a mano, frente a otras alternativas hipotéticas (p. 46). Obviamente, el evaluador habrá de tratar de *controlar* los efectos indeseados (distorsionantes) de estos mecanismos cognitivos potencialmente actuantes en sí mismo, sobre todo, en los momentos interpretativos y enjuiciadores del proceso evaluador.

Por otra parte, la seguridad excesiva en la emisión del juicio diagnóstico introduce a su vez un *sesgo*, en tanto que con ello se viene a olvidar que toda conclusión es probabilística, por lo que incluye en sí un cierto grado de incertidumbre (Silva, 1982). Considerando la tendencia actual al trabajo del profesional integrado en un equipo - preferentemente *multidisciplinar* - el juicio diagnóstico elaborado por un conjunto de jueces puede mejorar su capacidad predictiva, atenuándose de este modo las fluctuaciones idiosincrásicas de cada uno de ellos por separado (Vizcarro, 1987).

3.5. Resultados y Programación de la intervención

Entramos en una fase de síntesis y elaboración de resultados, en la que se impone *integrar* la información contrastada y *sistematizar* las conclusiones. Estas elaboraciones conclusivas tendrán su reflejo en el *informe* psicológico, a cuya confección nos referiremos.

Coherentes con la regla general de no separar evaluación de tratamiento (intervención), en esta fase que apunta al final del proceso, se plantea una doble

tarea: marcar la indicación del tratamiento (intervención) o decisiones de acción al efecto, así como planificar la manera de llevar adelante el tratamiento (intervención).

3.5.1. Elaboración del informe

Una vez que la integración y sistematización de la información, junto con las inferencias diagnóstico/evaluativas se plasman en la subfase analizada de la formulación del juicio diagnóstico, nos planteamos todavía algunas otras tareas. La confección y entrega del *informe* es una de ellas. Esta importante tarea de *comunicación de los resultados* a realizar por el evaluador ha suscitado la atención de los especialistas y eso hace que se cuente con bibliografía donde poder consultar la manera de organizar y redactar el informe psicológico (Fernández-Ballesteros, 1983, 1992, Klopfer, 1975, León-Carrión, 1986, Martorell, 1985, 1987, Pelechano, 1978, Sattler, 1988).

No entraremos aquí a detallar cómo se debe realizar un *informe* y otras cuestiones en torno al mismo, limitándonos nada más a señalar algunos *criterios* importantes que deben cumplir los informes. Estos son: 1) Neutralidad (no implicación emocional, de intereses...). 2) Objetividad (alejamiento de toda parcialidad y subjetivismo). 3) Rigor metodológico e interpretativo. 4) Constructividad y utilidad. 5) Garantías científicas (contrastabilidad, fiabilidad, validez, exactitud). 6) Garantías ético-deontológicas (profesionalidad, protección de la intimidad, confidencialidad...).

Es fácil observar cómo se dan interacciones de indudable interés entre algunos de los criterios generales enunciados. Así, entre la neutralidad y la objetividad, entre éstas y el deseable rigor metodológico e interpretativo, así como entre aspectos aparentemente distantes de la profesionalidad, como son la científicidad, las garantías éticas y la propia utilidad o eficacia a que finalmente apunta el quehacer del evaluador.

En esencia, a través del contenido que se dé al informe se intentará responder a estas *preguntas* esenciales (Fernández-Ballesteros, 1994): 1) *¿Qué va mal?* Los problemas (jerarquizados) que han sido detectados durante la evaluación. 2) *¿Por qué ocurre?* Explicación racional de los problemas evaluados. 3) *¿Cómo se va a resolver?* Las salidas terapéuticas o de otro tipo que se apuntan para los problemas evaluados.

3.5.2. Indicación de la forma de intervención (tratamiento)

Empecemos por señalar que el término *tratamiento*, tal como es empleado en un esquema del proceso de evaluación psicológica que pretende ser de aplicación general, puede ser extensivo a otras formas de intervención psicológica (orientación, selección, promoción...), además del tratamiento propiamente dicho, donde -en definitiva - se *apliquen* las conclusiones extraídas del proceso diagnóstico/evaluador. Partimos, pues, de la base de que esa conexión es conveniente y necesaria. "Evaluación psicológica y tratamiento se implican mutuamente a lo largo de todo el proceso" (Pelechano, 1988a, p. 65). Constituyen, en expresión de Silva (1988), las dos caras de una misma moneda.

De una u otra forma el evaluador acaba tomando *decisiones*, que traslada al sujeto evaluado, acerca de la procedencia de emprender determinadas acciones de cambio, la planificación del tratamiento (3.5.3.) entre ellas. Preferimos esta denominación de la última fase del proceso a la que establece Fernández-Ballesteros (1980) quien, en términos muy amplios, la llama: "Descripción, predicción, explicación y toma de decisiones" (p. 163).

En algunas ocasiones el evaluador establece determinadas *predicciones* acerca del curso que previsiblemente (se trata de un juicio de probabilidad) seguirá el desarrollo del sujeto evaluado, los problemas que sufre, etc. Esta formulación se realizará atendiendo a las circunstancias, entre las que se cuentan la gravedad del

problema, las posibilidades de modificación y recursos para llevarlo a la práctica, la capacidad de reacción del individuo, etc. (Forns, 1985).

Las metas del tratamiento (*intervención*) no sólo y necesariamente son de eliminación de conductas problemáticas, sino que pueden y deben ampliarse incluyendo componentes constructivos, o lo que es lo mismo, que doten al individuo de los recursos necesarios que le permitan *cambiar* en una dirección que le resulte favorable.

Una vez cumplida la tarea de elaboración del *informe*, con ella finaliza la fase 4 de las ocho que establece Fernández-Ballesteros (1994) para el *proceso de evaluación conductual*, que es el que más adecuadamente se ajusta a los fines del tratamiento, tal como señalamos más arriba. Las cuatro *fases* restantes son las siguientes: 5) Formulación de hipótesis funcionales. 6) Recogida de datos pertinentes a las hipótesis y tratamiento. 7) Valoración de resultados. 8) Seguimiento. En consecuencia, si hubiera que *integrar* de algún modo dichas fases específicas del tratamiento (del enfoque conductual) en el esquema general que venimos utilizando, tentativamente diremos que las fases 5 y 6 se subsumirían en *Indicación y planificación del tratamiento*, mientras que las fases 7 y 8 restantes en la de *Control*. De esta manera se estaría apuntando hacia una conceptualización de las fases específicas del proceso de evaluación conductual en el marco general del esquema apuntado - y desarrollado en este capítulo - sobre el proceso en la evaluación psicológica.

La inexistencia de psicoterapias inespecíficas eficaces exige adoptar un enfoque individualizado (*idiográfico*) que obliga en cada caso a dar respuesta satisfactoria a la pregunta: "*¿Qué tratamiento específico es eficaz con un tipo concreto de cliente y bajo qué circunstancias?*" (Paul, 1967, citado en Barlow y Hersen, 1988, p. 34).

3.5.3. Planificación de la intervención (tratamiento)

Es desde la perspectiva de la *evaluación conductual* donde cobra verdadero interés e incidencia la subfase de *planificación del tratamiento*. Según Fernández-Ballesteros y Carroble (1981b) se plantean entonces los *objetivos* principales siguientes: 1) Formulación de las *metas terapéuticas* a alcanzar mediante el tratamiento. Estas han de ser realistas y escalonadas. 2) Selección del oportuno *programa de intervención terapéutica*. Este se efectúa en función de las conductas a modificar detectadas en la evaluación y las variables que las controlan, así como otros factores: variables relacionadas con el sujeto evaluado, el evaluador/terapeuta y el medio físico y social donde se realizará la terapia. 3) Evaluación y control de las posibles *variables contaminadoras del tratamiento*, procedentes del evaluador, del sujeto evaluado, de la situación, etc. 4) Aplicación propiamente dicha del *tratamiento*, lo que conlleva la elección del diseño adecuado para la obtención de datos que no estén contaminados, la preparación del sujeto a tratar, etc.

En general, para la adecuada secuenciación en la elección de las conductas objetivo se han propuesto (Godoy, 1991) las *pautas* siguientes:

Debe empezarse por cambiar (a) los comportamientos que sean física, social o económicamente *peligrosos* para el paciente o para quienes le rodean; se seguirá con (b) los comportamientos *aversivos*; después con (c) los que mejoren su *nivel de bienestar* y (d) los que, en general, supongan implantar nuevas *conductas positivas*.

El mismo autor, respecto a la prioridad a marcar en la planificación del tratamiento de dichas conductas objetivo, hace la propuesta siguiente:

Empezar por la conducta (a) más molesta y seguir con (b) la más fácil de modificar, (c) la que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos y (d) la primera conducta de una cadena, en el supuesto de que varias conductas objetivo la constituyan.

En términos esquemáticos, la *planificación* es una tarea que se sitúa secuencialmente entre el nivel de generalidad que marca la estrategia (el *¿qué?* tratar u objetivos generales del tratamiento) y el de concreción que marca la programación (el *¿cuándo?* tratar u objetivos operativos del tratamiento), marcando por sí misma la *planificación* sobre todo el *¿cómo?* u objetivos específicos a cubrir con el tratamiento.

3.6. Control

Si como se ha insistido más arriba, el diagnóstico/evaluación está en íntima relación con los tratamientos o - en general - intervenciones psicológicas posteriores a la evaluación, se plantea entonces la necesidad de *evaluar el cambio* producido (Fernández-Ballesteros, 1980). Es el sentido que se le da aquí al término *control*. Este viene a marcar la última fase, la de valoración de la intervención, que cierra el proceso de evaluación psicológica.

El objetivo de dicha fase atañe al *control* de los efectos reales producidos como resultado de la aplicación de un determinado tratamiento, consejo... o sea, cualquier medida enfocada al cambio adoptada en la fase interventiva. De la importancia de esta fase da idea la opinión de Pawlik (1979) de que las tareas esenciales de la evaluación psicológica se resumen en dos: indicación de tratamientos y control de efectos. No es suficiente al efecto comprobar que se han producido modificaciones, sino que éstas se han dado en la dirección y magnitud deseadas y - en su caso - con la generalización y perdurabilidad necesarias para producir los efectos apetecidos. "La bondad de los cambios vendrá dada por la magnitud de la diferencia entre el estado actual y los estados propuestos como metas" (Godoy, 1991, p. 98).

El esquema de *proceso de evaluación psicológica* que barajamos nos permite diferenciar las fases que van hasta la formulación del juicio diagnóstico y la

consiguiente elaboración del informe como netamente *evaluadoras*, siendo la última de control, con más propiedad, *valorativa* (punto 1.1.2.). El control o valoración de la intervención (tratamiento) conlleva la valoración de la misma, que dará como resultado un juicio ya no diagnóstico, sino sobre el valor, mérito o eficacia de dicha intervención (tratamiento). Valorar significa evaluar el mérito o valor de algo, y es esto lo que corresponde hacer en la última fase del esquema de proceso que seguimos.

En esta fase final, además de valorar los resultados del tratamiento, se ha propuesto (Godoy y Silva, 1990) analizar aspectos propiamente *evaluativos*, como son: a) la validez con que se ha explorado y comprendido las quejas y demandas del paciente y su entorno (validez de las metas propuestas); b) la validez con que se ha conceptualizado el problema (validez del diagnóstico o formulación del caso y de la teoría utilizada).

Aunque haya autores que consideran que el éxito del tratamiento valida tanto el diagnóstico como el tratamiento aplicado, de hecho esto no es necesariamente cierto. Dichos resultados no sirven para validar *a posteriori* la evaluación pretratamiento o diagnóstico. No hay que descartar que en la práctica sean causas *ajenas* a la intervención del psicólogo las responsables de dichos resultados, sean estos positivos o negativos (Vizcarro, 1987).

Un tratamiento correctamente derivado del diagnóstico podría ser *inefectivo* por diversas razones: a) porque el trastorno se resiste a cualquier tipo de tratamiento, b) porque variables ajenas a la terapia han incidido de forma negativa, c) porque el tratamiento se ha aplicado de forma inadecuada (Godoy, 1994). De modo parecido, si el tratamiento en cuestión resulta *efectivo* no se puede tampoco garantizar que ni el diagnóstico ni el tratamiento han sido acertados. En suma, "ni cuando los resultados de la intervención psicológica son positivos, ni cuando son negativos pueden *validarse* con seguridad el diagnóstico y el tratamiento" (Godoy, 1994, p. 144).

Fernández-Ballesteros (1983) señala que en esta fase procede realizar por parte del evaluador fundamentalmente las tareas siguientes: 1) *Valoración de los resultados del tratamiento*. 2) *Seguimiento*. Para un desglose y explicación en detalle de ambos objetivos a cubrir en la fase de *Control*, desde el enfoque conductual, puede consultarse Fernández-Ballesteros (1994), Fernández-Ballesteros y Carroble (1981b).

Algunas de las *preguntas* que, según Barrios (1993), se hará el evaluador conductual con motivo de la valoración del tratamiento son: a) Si ha sido aplicado adecuadamente. b) Los cambios que ha producido en la condición problemática por los que se aplicó. c) Su coste. d) Su adecuación y utilidad. e) Si puede darse por terminado o de lo contrario, si procede alterarlo, perfeccionarlo.

3.7. La evaluación como proceso de toma de decisiones

En este punto se pretende resaltar cómo a lo largo del proceso de evaluación psicológica se han ido tomando una serie encadenada de *decisiones*. Nos detendremos brevemente en el análisis de este fenómeno ya que, a nuestro entender, lo que la evaluación esencialmente pretende es establecer las bases científicas que garanticen la adecuada toma de decisión respecto al tratamiento (intervención) (Tack, 1979). Pero, con ser importante, no es ése el único momento en que el evaluador se ve urgido a tomar *decisiones*, sino que lo hace a todo lo largo del proceso evaluador, lo cual permite enfocar el estudio del proceso de evaluación psicológica desde esta perspectiva favorecedora de la toma de decisiones (Martorell, 1987).

Un esquema simplificado de las *preguntas* principales que preceden a la toma de decisiones a lo largo del proceso lo presenta Westmeyer (1979): 1) Pregunta inicial (*¿Cuál es el problema?*). 2) Diagnóstico: la explicación del problema (*¿A qué se debe?*). 3) Paso final (*¿Qué se puede hacer?*).

En líneas generales, en la toma de cualquier tipo de decisión se suelen recorrer las *fases* siguientes: 1) Definición de los objetivos. 2) Determinación de las posibles alternativas. 3) Selección de la alternativa más adecuada. 4) Diseño del curso de acción. 5) Valoración de resultados y seguimiento (Larson, 1962, citado en Martorell, 1987, p. 125). Aplíquense sin más estos pasos al esquema de proceso de evaluación psicológica utilizado y se verán inmediatamente las concomitancias con lo que se concibe como una cadena de toma de complejas decisiones.

La *teoría de la decisión* fue aplicada inicialmente en el campo de la evaluación por Cronbach y Gleser (1965), en conexión con los tests psicológicos. El objetivo de éstos no se limitaría a aportar mediciones sobre rasgos, sino que deben facilitar la toma de decisiones en base a la información que suministran. Las principales decisiones a tomar en este contexto son: 1) Si se posee suficiente información o no sobre el individuo y sus problemas. 2) Qué estrategia conviene seguir para la recogida de información. 3) Qué opciones referidas al tratamiento son las mejores. La concatenación de estos pasos (datos-estrategia- decisión sobre tratamiento-resultados) esquematiza lo que se entiende por proceso de toma de decisiones en la evaluación.

Los autores mencionados enfatizan en el carácter pragmático, utilidad y proximidad de las decisiones con respecto a las metas propuestas en la evaluación. En este sentido orientan acerca de los *pasos* concretos a dar a lo largo del proceso de toma de decisiones que constituye la evaluación: a) Identificación sobre qué y para qué se toman las decisiones. b) Determinación de los caminos que al efecto pueden seguirse. c) Determinación de todos los resultados posibles. d) Estimación de las probabilidades existentes de que se den dichos resultados. e) Determinación del valor de los resultados. El conjunto de todas estas informaciones conforman la base desde la que deliberar e ir tomando las oportunas *decisiones* que permiten cubrir cada una de las fases del proceso de evaluación.

En consecuencia, el evaluador se compromete en la toma de sucesivas decisiones, que no son sino *elecciones* entre diversas alternativas que a cada paso y según las condiciones, van presentándosele y que él resuelve aplicando su criterio. Por lo general estas decisiones son tomadas sin que quepa poseer certeza total, sino ajustándose a unas probabilidades que, por supuesto, se tratará de que sean lo más altas posible, a fin de reducir los riesgos de error (Maciá, 1981).

Además de por el *criterio de objetividad*, las decisiones a lo largo del proceso de evaluación psicológica se toman siguiendo el *criterio de utilidad*. No otro es, por ejemplo, el criterio que preside la recogida de información del sujeto evaluado, es decir, que ésta sea relevante para apoyar la decisión o elección de una alternativa (Fernández-Ballesteros, 1983).

Ejemplos de *preguntas* esenciales que dinamizan el proceso de toma de decisiones serían: ¿Qué hipótesis es/son la(s) más acertada(s)? ¿Qué datos son los más interesantes? ¿Qué interpretaciones más ajustadas? ¿Cuál el juicio diagnóstico/evaluador más objetivo? ¿Qué tratamiento (intervención) más aconsejable? La sucesiva respuesta dada a preguntas de esta naturaleza y otras, conforma en la práctica lo que se entiende por *proceso de toma de decisiones* orientado a dar solución a los problemas que conforman, desde el principio al final, la tarea de evaluar.

Otra manera de ilustrar el tipo de decisiones a tomar en el proceso de evaluación, concierne a los *criterios* utilizados en la elección de las *técnicas* de evaluación (cuestión por lo demás no reglamentada y, por lo tanto, también sujeta a elección). Estos son: a) Criterios *conservadores*. Empujan a utilizar las técnicas y tests en su versión original estandarizada. b) Criterios *subjetivos*. LLevan a priorizar las circunstancias individuales, ambientales, etc. de cada caso, en función de la intuición y experiencia del evaluador. c) Criterios *prácticos*. Informan de qué procedimiento se adecúa mejor al sujeto a evaluar y los objetivos propuestos (Fernández-Ballesteros, 1983).

Finalmente, entendemos que sólo cuando el evaluador disponga de la información más adecuada (en cantidad y calidad) se hallará en condiciones de poder tomar *decisiones* acertadas. Decisiones que se extienden a todo lo largo del proceso, pero en particular en las comprometidas fases finales en que se lleva a término tanto la formulación del juicio diagnóstico como la indicación y planificación del tratamiento (intervención).

Conclusión

En este capítulo dedicado al *proceso* en la evaluación psicológica se ha visto la manera como se lleva a cabo la tarea de evaluar. Cómo en la práctica es necesario *estructurar* de algún modo dicha tarea en fases y éstas en cometidos principales que sirvan de *guía* al evaluador. Apoyado en ese *esquema flexible* de actuación, el evaluador atenderá a las exigencias particulares que emanen de las características *únicas* de cada caso en cuanto a las relaciones entre evaluador, sujeto evaluado, objetivos y ámbito de actuación.

La conexión intrínseca entre este capítulo y los anteriores dedicados, respectivamente, a los modelos y los métodos se contiene principalmente en las diferencias que se dan en el proceso según éste se atenga a los enfoques tradicional o conductual, así como su adecuación ideal, en uno u otro supuesto, a las fases del método hipotético-deductivo.

En este sentido, la *recogida inicial de datos* que incluye el establecimiento de coordenadas socio-demográficas y ambientales del caso, va seguida de la *fijación de objetivos* y primera *especificación del problema*, con el consiguiente desarrollo por parte del evaluador de inferencias. Cubiertos estos primeros pasos del proceso evaluador, es obligado plantear algunos supuestos sobre el caso y efectuar una *selección de variables* a analizar y de *técnicas* que faciliten tal objetivo. Una vez efectuadas las evaluaciones específicas pertinentes y comprobadas las hipótesis, cabe aceptarlas o rechazarlas. En el primer supuesto cabe también modificarlas, enriquecerlas, desarrollarlas e *integrarlas*. De este modo se accede a la fase final del método hipotético-deductivo, a su vez central en el proceso evaluador.

La aplicación de *técnicas* evaluadoras y, en su caso, la administración de tests, puede cubrir varios cometidos durante el proceso. Inicialmente como recursos para

la *exploración* general y primera *especificación* del problema. Después para la *comprobación* de hipótesis y *operacionalización* de variables a analizar (incluidas las variables situacionales), así como para efectuar evaluaciones *específicas* que respalden el juicio evaluador/psicodiagnóstico y, en definitiva, los resultados y conclusiones. Finalmente, las técnicas de evaluación resultan asimismo útiles cuando procede cerrar el ciclo efectuando la *valoración de intervenciones*, y en general, su control y seguimiento.

En lo que atañe a las *variables* o información que el evaluador tratará de recoger, organizar y depurar científicamente durante el proceso, en consonancia con las grandes líneas marcadas al respecto en los capítulos anteriores, incluirá idealmente el conjunto de los determinantes *fisiobiológicos, psicológicos y sociales*, en su integración dinámica.

A pesar de las evidentes *dificultades* que acarrea el ambicioso y complejo objetivo marcado en el párrafo anterior, la evaluación psicológica actual no renuncia al otro objetivo - cargado de grandes dificultades - de compatibilizar la eficacia y personalización del servicio evaluador con el rigor científico del mismo. En este sentido es obligado referirnos sobre todo al capítulo donde se abordan las cuestiones metodológicas y destacar que, en determinados contextos y para determinados fines, los diseños de sistema único (N=1) aportan una línea de acción prometedora en el intento de *integrar* en el proceso de evaluación eficacia práctica e investigación, así como evaluación e intervención.

CAPITULO 4

**PROBLEMATICA
Y
DIRECTRICES GENERALES
EN
EVALUACION INFANTIL,
DE LA ADOLESCENCIA
Y
LA VEJEZ**

4. PROBLEMATICA Y DIRECTRICES GENERALES EN EVALUACION INFANTIL, EN LA ADOLESCENCIA Y LA VEJEZ

Introducción

En el recorrido efectuado a través de los tres capítulos precedentes, se han marcado algunas de las ideas que consideramos más interesantes respecto a la *historia* y *concepto* de la evaluación psicológica, *metodología* al uso, *modelos teóricos* principales y *proceso* a seguir en su aplicación práctica. En lo esencial opinamos que lo señalado es válido para *todos* los ámbitos y sectores de población a los que vaya orientada la actividad evaluadora, naturalmente siempre que se efectúen las *adaptaciones* oportunas.

Este capítulo que ahora introducimos, se halla compuesto de dos partes bien diferenciadas: *la evaluación en la infancia y adolescencia*, por un lado y *la evaluación en la vejez* por otro. En una y otra nos guiaremos por un esquema que permita establecer algunos conceptos y objetivos diferenciales básicos de las correspondientes edades evolutivas, así como aludir a algunos aspectos metodológico-técnicos (tests, autoinformes, observación...) y determinados componentes de la problemática evaluadora característica de las respectivas edades. Es así como intentamos ofrecer una visión panorámica del tema.

Por consiguiente, a continuación se precisan algunas de las principales *pautas generales* y *problemática específica de la evaluación en los campos infantil y adolescente, así como en la vejez*. Conscientes de lo pretencioso de este objetivo si no lo delimitamos nítidamente, queremos dejar bien sentado que el sentido de este capítulo se reduce a efectuar algunas *matizaciones complementarias* que faciliten las necesarias adaptaciones a las que hemos aludido más arriba.

La *evaluación psicológica infantil* nace al tiempo que la evaluación psicológica de adultos, pero con el paso de los años va independizándose hasta configurar una disciplina distinta. Esto es así en lo que atañe al enfoque tradicional. Respecto a la evaluación conductual infantil el proceso ha sido diferente. Se constituyó como disciplina independiente en la década de los 80, experimentando en estos años un rápido progreso (Gross y Wixted, 1990). En uno y otro enfoque la *evaluación infantil* se ha ido fraguando al hilo de algunos de los problemas más notorios de la infancia: el retraso mental, las deficiencias sensoriales y las psicosis graves (Del Barrio, 1995).

En psicología evolutiva la perspectiva del *ciclo vital (life-span)* surge en la década de 1940 y tuvo su impulso principal con la obra "*Infancia y sociedad*", de Erikson (1950), que fue la que introdujo el concepto de desarrollo a lo largo del ciclo vital (Datan, 1992). De este modo se ha ido aceptando la idea de que los cambios evolutivos no se reducen a la infancia y adolescencia, sino que se prolongan a lo largo de *toda la vida*.

Será de la mano del reconocimiento del desarrollo de la personalidad en la edad *adulta* como la psicología se adentra en la consideración de la necesidad de ampliar la evaluación psicológica a *la vejez*. Tal como se ha dicho, en este capítulo se analizarán someramente las particularidades que presenta la evaluación en los extremos del ciclo vital, por un lado *la infancia y adolescencia* y por otro *la vejez*. En la convicción de que estos dos grupos de población especial merecen que se les preste una atención específica si - como es nuestra intención - se pretende ofrecer una visión *general* de la disciplina de la evaluación psicológica.

Aunque en la actualidad la *evaluación infantil* posea un perfil propio y se presente como disciplina específica en numerosos planes de estudio universitarios, es obvia su conexión con la disciplina *general* de la *evaluación psicológica*. A conectarlas mínimamente entre sí y establecer algunas líneas generales de diferenciación, se dirige el objetivo principal de las ideas que se exponen seguidamente.

4.1. LA EVALUACION INFANTIL Y ADOLESCENTE

Aunque en general nos refiramos a la infancia y adolescencia, con frecuencia se utilizará para abreviar el término *infancia* en un sentido amplio que, por contraposición a la adultez, abarque también, si bien no siempre y necesariamente, la adolescencia. En concreto, el período que va aproximadamente de cero a dieciocho años.

El esquema temático a desarrollar arranca con la alusión a algunos *conceptos* y *objetivos específicos* de esta etapa; seguidamente se efectúan ciertas precisiones *metodológicas* y, finalmente, se recogen algunas cuestiones *problemáticas* que consideramos características de la evaluación psicológica en la infancia y adolescencia.

4.1.1. Conceptos y objetivos diferenciales básicos

Aunque la psicología evolutiva hoy propugne que el estudio de los cambios en el desarrollo humano se extienda a todo el *ciclo vital*, no cabe duda que dichos cambios (biológicos, cognitivos, emocionales, sociales y educacionales) son más intensos y relevantes en la etapa *infantil y adolescente*. Por consiguiente, es necesario que esta evidencia sea incorporada en todas sus implicaciones al quehacer del evaluador (Maganto, 1990).

El imperativo anterior tiene en la práctica infinidad de consecuencias, en cuanto que marco para comprender y saber cómo actuar, extensibles a todo lo largo del proceso de evaluación. Es distinta, por ejemplo, la interpretación que merecen los comportamientos egocéntricos en ciertas edades infantiles en relación a los de los

adultos. De hecho son múltiples los comportamientos que en edades distintas pueden aparentar semejanza pero cuyo significado y alcance, así como lógicamente su abordaje, han de ser distintos.

El *nivel de desarrollo* es una circunstancia esencial a considerar en la evaluación del niño y tanto más relevante cuanto éste sea más pequeño y/o se encuentre afectado de algún tipo de psicopatología. Pequeñas *diferencias* en este aspecto a veces entrañan importantes dificultades en su rendimiento y repertorio conductual. En general los aspectos principales a evaluar respecto al nivel de desarrollo son: *maduración física, neurológica, cognitiva, psicomotora, del lenguaje, de la socialización y de la organización de las conductas*. Hay que tener en cuenta, además, que cada uno de ellos puede hallarse a un nivel evolutivo distinto (Domènech, 1988).

En principio, cuanto *menos* edad tiene el niño más intenso es el cambio evolutivo que se produce en él (y lógicamente menos estables las puntuaciones obtenidas en los tests). En todo caso *la edad* es una referencia decisiva para enmarcar las evaluaciones. Se entienden por *cambios evolutivos* los que se producen con la edad, aunque con más precisión como resultado de la combinación de dos procesos: la maduración biológica y el aprendizaje como efecto de las influencias ambientales (Vigotsky, 1979, Wallon, 1980).

El *desarrollo* se produce por la convergencia de los principios de diferenciación y de integración progresiva. Las desviaciones en el desarrollo se originan debido a retardos, estancamientos o regresiones. Por ejemplo, el *trastorno de evitación*, una de las formas fóbicas dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia, que recuerda la fobia social del adulto, consiste en el mantenimiento o intensificación del temor a extraños que aparece en la segunda mitad del primer año y que tiende a reducirse gradualmente a partir de los 12-18 meses (Echeburúa, 1993).

De lo que venimos apuntando se desprende la necesidad de que el evaluador disponga de referencias claras acerca de las características del *comportamiento normal* según las distintas edades, así como de esquemas de los *comportamientos a evaluar*: motores, adaptativos, verbales, sociales... Por ejemplo, la esquematización de áreas de alteraciones en el desarrollo y comportamiento del niño hasta los cinco años propuesta por Vayer (1977): 1) En relación con su propio *cuerpo* (limitaciones sensoriales, perturbaciones en la alimentación o el sueño, alteración del esquema corporal). 2) En relación con el *ambiente* (insuficiencias estímulares y culturales). 3) En relación con *los demás* (carencias o choques afectivos, inseguridad, proteccionismo).

En suma, además de los problemas y trastornos que aparecen en niños y adolescentes que llevan un desarrollo más o menos normal para su edad y circunstancias, es necesario contemplar los derivados de un *desarrollo evolutivo anómalo* achacable a diversas causas. Un ejemplo de estas últimas son las disfunciones de la interacción diádica madre-bebé por sobrecarga de estimulación o por déficit de la misma, lo que afecta negativamente al desarrollo del bebé en aspectos clave como la competencia para la adaptación activa al medio y la capacidad de defensa pasiva o vulnerabilidad (Ajuriaguerra y Marcelli, 1982).

Pawlik (1979) distingue el diagnóstico de *estado* del diagnóstico del *proceso*. La evaluación del cambio es longitudinal y en consecuencia exige efectuar cuando menos (idealmente en más ocasiones) dos mediciones en las áreas que interese comparar en momentos distintos, siendo la diferencia entre ambas la que expresa el monto del cambio producido. Este tipo de *evaluación procesal* puede pretender satisfacer tres objetivos: 1) Medir el incremento o pérdida de capacidad. 2) Verificar la estabilidad. 3) Constatar la armonía del cambio (Forns, 1993). Sin descartar la posibilidad de que la inconsistencia o inestabilidad de las puntuaciones refleje la inconsistencia o inestabilidad de determinadas conductas (Silva, 1989).

El hecho constatado por la psicología evolutiva de que el *proceso madurativo del niño* no siga una progresión lineal, es decir, que en algunos momentos parezca estacionarse y en otros progrese muy rápidamente, aconseja repetir las evaluaciones sabiendo que éstas pueden proporcionar datos muy distintos en lapsos de tiempo cortos (Doménech, 1988).

La evaluación infantil puede *clasificarse* en distintas etapas en función de la edad del niño. Calonge (1992) considera estas tres: 1ª etapa (del nacimiento hasta los 30-36 meses). 2ª etapa (de los 30-36 meses hasta los 6 años). 3ª etapa (de los 7 a los 13 años aproximadamente). Con todo, resulta más orientativa y apropiada a los grupos de edad *infantil* y *adolescente* a los que nos referimos en este capítulo, la clasificación en rangos de edad que presentan Achenbach y McConaughy (1987, en Achenbach y Edelbrock, 1993, p. 80), donde establecen estos cuatro: 0-2 años, 2-5 años, 6-11 años y 12-18 años.

La consistencia de *la personalidad* no es ajena a los aspectos evolutivos, por lo que hay diferencias en este dominio en la infancia respecto a la adultez. En esta línea, Avia y Martín (1985) hacen las aportaciones siguientes: a) La evidencia de estabilidad en los primeros años de vida es modesta; la conducta a esta edad es muy plástica y no predictiva de futuros comportamientos. b) Es a partir de la edad pre-escolar cuando empieza a encontrarse estabilidad importante en conductas expresivas. c) Son más persistentes las variables motivacionales y conductas relacionadas con el rol sexual y menos las referidas a actitudes e intereses. d) Las conductas anómalas o grandes alteraciones de personalidad son particularmente persistentes.

El desarrollo humano del individuo u *ontogénesis* conlleva el paso por sucesivos niveles de *integración* caracterizados por cada vez mayor complejidad, organización, diferenciación y especialización. Cada nivel superior de integración evolutiva presenta nuevas propiedades que no estaban presentes en las anteriores (Bleger, 1972). A medida que madura el individuo va desarrollando habilidades de

dominio sobre el medio ambiente, al tiempo que va dejando de estar subordinado a la exclusiva tarea de reducción de la tensión (Pervin, 1979).

El *fracaso* en dicho proceso de desarrollo, más en concreto en algunas de las áreas (psicomotriz, intelectual, afectiva, social...), conduce al evaluador a enfrentar los problemas de *inmaduración*. Estos suelen deberse a causas congénitas y/o de evolución de la personalidad. En todo caso los problemas referidos han de analizarse insertos en la dinámica del individuo y su ambiente.

En cuanto a los trastornos del desarrollo - de los que se ocupa el *DSM-IV* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed.*) - una de las críticas que estos sistemas de clasificación reciben se basa en que los trastornos infantiles son detectados cuando todavía se está desarrollando la personalidad, por lo que principalmente reflejarían *desviaciones en el desarrollo* y no estrictamente trastornos estáticos y fijos. Por consiguiente, para asegurarse de su condición *patológica*, habría que conocer la probabilidad de que dichos trastornos arraiguen en posteriores períodos evolutivos.

Freedman, Kaplan y Sadock (1981) clasifican los *trastornos del desarrollo* en tres tipos: 1) Retraso de desarrollo global. 2) Retraso en una función o en un pequeño grupo de funciones relacionadas entre sí. 3) Desarrollo desigual donde un desarrollo precoz en un área se simultanea con un desarrollo normal en otras.

4.1.2. Generalidades sobre metodología y técnicas

En este apartado pretendemos recoger algunas reflexiones generales asociadas a aspectos *metodológicos y técnicos específicamente referidos a la evaluación infantil*. Todos los métodos utilizables en evaluación psicológica - a los que se ha prestado alguna atención en el capítulo segundo - obviamente son válidos para su aplicación con la población infanto-juvenil. Sin embargo, ahora interesa puntualizar aquellos

aspectos que contengan algún matiz *diferenciador* en el modo de recoger la información para la evaluación.

4.1.2.1. El método de los tests

En lo tocante al *método de los tests*, su manejo exige ajustarse a los requisitos en su aplicación y debida interpretación. Durante la realización de los mismos es exigible atenerse a *condiciones* como la de una relación satisfactoria con el niño y el cuidado especial en no influir en las respuestas que emita a los estímulos del test. Para la ajustada *interpretación* de los resultados será aconsejable observar el modo de responder del niño y tener presente conceptos tales como el que su inteligencia es mucho menos estable que la del adulto, etc. (Pelechano, 1988).

En consonancia con la idea piagetiana que se apuntará en el apartado siguiente sobre la inconsistencia del constructo *personalidad* en los niños menores de 8-12 años, habrá que interpretar con mucha prudencia los resultados referidos a los rasgos y factores de los cuestionarios basados en teorías dimensionales de la personalidad. Por ejemplo, los derivados de aplicar el *PSPQ (Preschool Personality Quiz)*, para niños de 4-6 años. En relación con los estudios sobre la *ansiedad infantil*, Spielberger (1973) señala los 9 años como el límite en donde los cuestionarios de este tipo se vuelven fiables.

El concepto de *temperamento* encajaría mejor que el de *personalidad* propiamente dicho en la infancia, aunque si lo que interesa es explorar su paulatino desarrollo, es cierto que éste se inicia de un modo temprano. En este sentido los cuestionarios que propone Eysenck, en concreto el *EPQ-J (Eysenck Personality Questionnaire-Junior)* - para niños de 8-15 años - al basarse en grandes rasgos del temperamento, como la emotividad y la extraversión, teóricamente se prestarían mejor a su utilización en la infancia.

El *temperamento* es fundamentalmente innato y ligado a las bases biológicas de la personalidad. Se ha definido el *temperamento infantil* como "el estilo conductual

o reactividad emocional manifestada por el niño cuando interactúa con su ambiente" (Willis y Walker, 1993, p. 54). La *personalidad* es el resultado de la interacción entre temperamento e influencias socioambientales, de aprendizaje y cognitivas, a lo largo del desarrollo. Si bien para unos no tiene sentido distinguir entre conceptos tan estrechamente interrelacionados como son el temperamento y la personalidad (Eysenck y Eysenck, 1985), en cambio para otros sí lo tiene (Strelau, 1987). Para la consulta sobre instrumentos de evaluación del temperamento infantil, véanse Del Barrio (1992) y Ortet y Moro (1995).

Volviendo a la idea de cautela interpretativa expuesta, hay que recordar asimismo las *limitaciones predictivas* del CI que se siguen de la aplicación de pruebas de inteligencia a niños hasta los 18 meses. Esto se debe a que en este período de gran desarrollo son muy importantes los cambios cualitativos que se producen en la transición de la evaluación de funciones sensoriomotoras a las primeras evaluaciones de la inteligencia. Ciertas irregularidades en el desarrollo explican que la predicción, es decir, las correlaciones con los puntajes de la inteligencia en la niñez, sean bajas, pero que éstas mejoren sustancialmente después de los 18 meses (y todavía mucho más después de los 5 años) (Sattler, 1988). En definitiva, aunque el poder predictivo de las pruebas de inteligencia es mayor que el de las pruebas perceptomotoras, han de interpretarse con mucha precaución los CI obtenidos antes de los 5-6 años y, en lo posible, apoyarse en varias pruebas aplicadas en períodos diferentes, sobre todo si se han de tomar decisiones importantes basadas en dicha información.

Los tests presentan evidentes *ventajas* para la evaluación en general y en especial durante estas edades. A destacar las siguientes: 1) Proporcionan conocimientos valiosos respecto al nivel de funcionamiento del niño en múltiples áreas. 2) Permiten comparar puntajes respecto a datos normativos, difíciles de apreciar por otros caminos. 3) Proporcionan un perfil de potencialidades y debilidades del individuo. 4) Sirven también para valorar el potencial de aprendizaje y los cambios producidos tras la aplicación de programas de entrenamiento y tratamiento psicológico.

En sus *limitaciones* se cifran sus principales desventajas, como las que señalamos a continuación: 1) Al tratarse de pruebas normativas, la valoración que se hace del niño en base a esas informaciones sólo será útil si existen baremos adecuados, es decir, la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con los de un grupo de referencia. 2) En la medida en que abstraen de las variables socioculturales, se penaliza a los niños que pertenecen a la clase social baja. 3) Sólo informan de resultados y no de procesos, con los inconvenientes correspondientes. 4) Tal como están concebidos los tests de inteligencia tienden a sancionar las respuestas no convencionales, originales, creativas.

Muchos tests están pensados y diseñados en función de las necesidades de evaluar aspectos psicológicos característicos de diferentes *etapas* dentro de los ciclos infantil y de la adolescencia. Así, los de *psicomotricidad* para la etapa sensoriomotora (0-2 años), los *baby tests*, las *escalas de desarrollo*, las *técnicas proyectivas*, los *tests de inteligencia preoperacional* (2-7 años), *operacional concreta* (7-11 años), *operacional formal* (11 años en adelante), etc.

El examen prototípicamente más simple desde el punto de vista psicológico, escorado hacia la exploración de importantes aspectos *biológicos*, es el del recién nacido. Este, según López (1983), se reduce casi exclusivamente a un examen de las conductas reflejas, que son la base del desarrollo psicológico posterior. Respuestas reflejas como la de succión, presión de la palma de la mano, tónico-cervical, papilar, de orientación, reptación, etc. En dicho examen, que se puede extender a la evaluación de las capacidades perceptivas y conductas de vinculación con la madre (contacto, aferramiento, seguimiento), se pueden detectar deficiencias en el desarrollo y posibles lesiones neurológicas.

En líneas generales, en la aplicación de los instrumentos de evaluación en estas edades es importante la *adecuación* entendida en diferentes formas: 1) La adaptación de las técnicas a su capacidad cognitiva y atencional. 2) Conseguir

mantener su interés. 3) Una buena relación personal que facilite su colaboración natural y espontánea.

4.1.2.2. La metodología observacional

La *metodología observacional* es considerada prioritaria para el estudio y evaluación psicológica en esta edad (Arnau, 1978). La evaluación de los cambios debidos al desarrollo preferiblemente han de llevarse a efecto en el *entorno natural* en el que se producen los comportamientos. La adecuación al *contexto ecológico* propia del método observacional, permite además el análisis de las *interacciones* de los diferentes niveles de desarrollo (afectivo, social, cognitivo, lingüístico, etc.) (López y Fuentes, 1994).

Si por una parte estos sujetos se prestan a ser observados con más facilidad en situaciones naturales, por padres y maestros debidamente entrenados, en otros supuestos de observación el sesgo de *reactividad* puede ser mayor de lo común. Ciertos atributos de los observadores, como la edad, el sexo y el nivel de actividad/respuesta influyen significativamente en los niños, del mismo modo que en los adultos influyen otros como el aspecto, el tacto y las habilidades de relación de los observadores (Haynes, 1978).

A pesar de las relativas limitaciones apuntadas, la metodología observacional es especialmente indicada para la evaluación infantil, dado que debido a insuficiencias derivadas de la edad, desarrollo, nivel intelectual, autoconcepto, etc. no siempre es viable el recurso a estrategias indirectas de evaluación, como los autoinformes, facilitadas por lo general a nivel verbal (Nelson y Hayes, 1979). Las dificultades de algunos niños para compatibilizar el ejercicio de la introspección y el permanecer atentos a la tarea que se les presenta, la incapacidad de comunicar sus experiencias y otras limitaciones propias de la edad, aconsejan el recurso a la observación

aloespectiva, es decir, efectuada por otras personas ajenas al propio sujeto infantil evaluado (De Ketele, 1980).

La metodología observacional posibilita la recopilación de datos comportamentales: a) *directos* (se evitan interferencias y, en gran parte, inferencias); b) *pertinentes* (focalizables en las conductas concretas de interés); c) *minuciosos* (permite descender al detalle); d) rigurosos (metodológicamente); e) *válidos y fiables* (Blanco, 1988). Además de la obra de Irwin y Bushnell (1980) donde se recogen sus estrategias, técnicas y orientaciones para la observación del niño, citaremos a modo de ejemplo algunos instrumentos de apoyo disponibles para la observación del niño. La *Escala Observacional del Desarrollo (EOD)*, de F. Secadas (TEA, 1992). Cuenta con escalas que van del nacimiento a los diecisiete años y se interesa por procesos múltiples del desarrollo: afectivo, somático, senso-perceptivo, motriz y percepto-motriz, comunicacional, inteligencia, normatividad y aspectos ético-sociales y reflexión. Y las *Escala de observación del niño en el ámbito escolar*, de Achenbach y Edelbrock (1981, en Fernández-Ballesteros, 1983b, Apéndices O y 2).

El énfasis que hacemos en la metodología observacional para la evaluación del niño no significa que ignoremos otros procedimientos útiles al respecto. Entre ellos los *cuestionarios*, siempre que se adecúen a las posibilidades y características evolutivas de los niños. Es evidente que conforme estos son más pequeños, es menor su capacidad de autoinformar, dado que todavía no se conocen suficientemente, aparte de otras limitaciones funcionales. En este sentido sería controvertida la afirmación (Del Barrio y Silva, 1995) acerca de que los autoinformes de niños y adolescentes resultan más fiables que los de los adultos.

La metodología observacional corresponde por excelencia al modelo de *evaluación conductual*, si bien su utilización se ha ido extendiendo a otros enfoques de evaluación. Esto se justifica por la gran *utilidad* que presenta, en especial para la evaluación de conductas motoras (por ejemplo en la evaluación de la hiperactividad, etc.), la menor carga inferencial de los datos que propicia y su supuesta mayor validez.

Con el fin de asegurar la validez social y la relevancia del método observacional, se aconseja que el evaluador tenga presentes los aspectos siguientes: 1) Seleccionar conductas significativas. 2) Dejar que la propia naturaleza de la conducta determine los métodos de evaluación (y no al revés). 3) Interpretar adecuadamente los resultados en conexión con los obtenidos por otros métodos (Foster, Bell-Dollan y Burge, 1993).

La última recomendación recogida nos lleva a reflexionar sobre algunas dificultades especiales que presenta la evaluación infantil. Los *efectos situacionales* recoge una de ellas, en cuanto que el comportamiento infantil puede diferir sustancialmente en situaciones diferentes (hogar, guardería, lugar de recreo...). Los efectos situacionales suelen aumentar a medida que disminuye la edad del niño, acentuándose en la situación de examen. De ahí que idealmente los niños pequeños deben ser observados en el contexto familiar. Otra dificultad en relación con la objetividad de los datos deriva de la relación previa del observador con el niño, por lo que conviene contar con informaciones de más de un observador, así como provenientes de distintos métodos (Doménech, 1988).

4.1.2.3. El concurso de otros métodos

Además de la observación, el enfoque *multimétodo* recurre a entrevistas con los padres, etc., tests estandarizados, checklists, escalas cumplimentadas por los padres, etc., role-playing, técnicas proyectivas, cuestionarios y diversos otros métodos, adecuados a las distintas etapas de desarrollo infantil, que permitan evaluar los comportamientos desde diferentes y complementarias perspectivas mutuamente enriquecedoras. Debido a la labilidad infantil se hacen mucho más complicados y variables los registros fisiológicos, de aplicación en problemas como fobias, miedos, etc (Del Barrio, 1995).

En ocasiones se aprecia cierta inadecuación o falta de instrumentos para la evaluación, por ejemplo, de capacidades cognitivas recientemente conceptualizadas, cuestión que conecta con la evaluación del retraso mental y la evaluación del potencial de aprendizaje, a los que aludiremos en el apartado siguiente. En pocas palabras, hoy se ha trasladado el foco de atención teóricamente de los *resultados* en las tareas cognitivas a los *procesos* seguidos en la realización de las mismas. Los instrumentos de medida clásicos (tests de inteligencia, memoria...) muestran desfase e insuficiencia para evaluar las nuevas necesidades. Para llenar esta laguna, en el campo de la evaluación cognitiva han surgido pruebas como el *K-ABC* (Kaufman, 1983) y la *BAS: British Ability Scales* (Elliot, Murray y Person, 1983), que analizan los procesos cognitivos, las estrategias desarrolladas en la resolución de las tareas (Forns, 1993).

Por unas y otras razones, la evaluación infantil, más que ninguna otra, ha de ser *multimodal*. Esto significa que se ha de recoger información de distintos entornos, informantes y técnicas empleadas (Del Barrio, 1995).

4.1.3. Problemática evaluadora característica de estas edades

Sin pretensión alguna de exhaustividad y guiados por un criterio personal, por tanto subjetivo y discutible, ilustraremos a continuación nuestra visión de este punto destacando cinco aspectos donde el marco infantil (y con él la evaluación psicológica que lo concierne) marca interesantes *diferencias* respecto a las del adulto.

4.1.3.1. Mediatización ambiental

Conforme el niño es más pequeño y su desarrollo menor, tanto más va a sentirse *dependiente del ambiente* que le rodea. La etapa infantil es la más plástica y vulnerable a las condiciones *ambientales* (Fuerte y Palmero, 1995). Siendo así,

resulta fácil entender la importancia que cobra la *evaluación del ambiente* y de las influencias de éste en él, sobre todo en las primeras etapas infantiles. Por otra parte, si toda evaluación representa una modalidad de actuación sobre los demás (Silva, 1981), la del evaluador con el niño será especialmente comprometida y delicada.

La evaluación de las *variables ambientales* es esencial para la comprensión de los comportamientos normales y mucho más para los problemáticos en el niño, quien se encuentra sujeto a fuertes influencias y control del medio social, sobre todo por parte de *la familia y la escuela*. Algunas veces se da el caso de que el niño presenta problemas en el hogar y en cambio no en la escuela y viceversa. Esto invita a analizar las conductas en los *settings* en que se producen, lo que garantiza la validez ecológica de los datos registrados. Por otra parte, la evaluación *multicontextual* enriquece el nivel de generalidad de las conclusiones evaluativas obtenidas.

En todo caso, la *mediación* de las personas mayores (padres, maestros...) es fundamental para la evaluación en estas edades, de ahí que se hable al respecto del *modelo tetrádico de evaluación/intervención* (Silva y Moro, 1994), donde además del evaluador y el niño o adolescente entran en interacción, principalmente, padres y maestros. Achenbach y Edelbrock (1993) recogen, en la que denominan *evaluación multiaxial*, cinco ejes de información para la evaluación de los niños y adolescentes. A los referidos a la evaluación de dichos sujetos (*cognitiva, física y observacional*), añaden otros dos alusivos a los *informes aportados, respectivamente, por los padres y los maestros*. Esto significa que resulta particularmente útil e indicado evaluar los problemas de la infancia en estrecha conexión con las influencias recíprocas que se dan, en particular, entre los padres sobre los niños y de éstos sobre sus padres (Campbell, 1993).

Es muy importante por consiguiente que el evaluador cuente con la colaboración de padres y maestros, sobre todo de aquéllos, que son los que generalmente van a enviar al niño al psicólogo.

A diferencia de lo que ocurre con los adultos, los niños y adolescentes no suelen ser quienes demandan los servicios psicológicos (Del Barrio, 1986, Moreno, 1992). Y cuando acuden, más que por el problema en sí es frecuente que sea por las repercusiones aversivas que tenga para los adultos de quienes dependen (p. ej. hiperactividad, comportamientos agresivos, impulsivos, enuresis, etc.).

Así pues, la primera tarea del evaluador será *comprobar* si existe el problema en los términos planteados por los adultos en relación al niño. La percepción que aquéllos tienen del problema depende, entre otras razones, de la tolerancia, concepción que se hagan del mismo, así como de su estado emocional (Campbell, 1993). Ello explica que los adultos no siempre sean informadores objetivos, por lo que convendrá *contrastar* las informaciones aportadas por ellos con las que faciliten de un modo u otro los propios niños. Estos tienen sus derechos que hay que respetar, el primero de ellos el que se cuente con ellos y se les tenga informados. Además, no hay que olvidar que algunos problemas suyos son reflejo de problemas familiares, etc. y se asocian estrechamente a la inferioridad, debilidad y falta de autonomía que los hace dependientes de los mayores. En el caso, por ejemplo, del *maltrato* (físico, emocional, abandono, abuso sexual, etc.) dicha influencia adopta una forma extrema y perversa (Martínez-Roig y De Paul, 1993, Palacios, Moreno y Jiménez, 1995).

La *personalidad* del niño se gesta evolutivamente, influida por las situaciones a las que se ve expuesta. Estrictamente no se puede hablar de personalidad infantil hasta que los procesos de diferenciación e integración no alcanzan unas ciertas cotas, lo que para Piaget (1970) no se logra hasta el final de la infancia (8-12 años), edad en la que el niño consigue que su conducta se organice en función de un "programa de vida" (p. 101), un proyecto general guiado por la interiorización de reglas morales, valores y cierto grado de autonomía personal.

En principio y en comparación con la del adulto, la conducta del niño es mucho más vulnerable a la influencia de las variables *ambientales*. La tesis situacionista extrema es tanto más cierta cuanto más pequeño es el niño, manifestándose de

modo palpable en el caso del recién nacido (Fierro, 1981). La presencia de los *adultos* es un factor determinante en la existencia de los niños, pero también en el proceso de evaluarlos. Los adultos tienden a estar implicados en la génesis, evolución, mantenimiento o remisión del problema que afecta al niño, por lo que su colaboración va a condicionar los resultados de la evaluación realizada (Maganto, 1990).

Esa gran influencia principalmente de *los padres* (sus cogniciones, sentimientos y actitudes...) en los comportamientos de los niños les constituye en fuente de variables moduladoras de los mismos, tanto para fines de evaluación como de tratamiento (Silva y Moro, 1994). Por eso se entiende que se estructuren instrumentos de recogida de este tipo de información, de los que puede servir de ejemplo la *Información Diagnóstica General (IDG)* o pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes, de Capafons, Sosa, Alcantud y Silva (1986). Yendo aún más lejos, habría que profundizar en la tarea de ampliar la evaluación del comportamiento del niño al propio contexto familiar, explorando el apoyo social con que cuenta el niño, las relaciones maritales, su satisfacción como padres, la percepción del problema del hijo, etc.

En ocasiones una parte importante de la información significativa a efectos de completar la evaluación infantil y del adolescente la suministran los *compañeros o pares* de su entorno. Cabe acceder a ella a través de estrategias como la observación de interacciones, interrogatorios directos, escalas, procedimientos sociométricos, etc.

4.1.3.2. Evaluación de la psicopatología infantil y de la adolescencia

Se ha señalado - y así se recoge en el *DSM-IV* - la existencia de una relación de las conductas perturbadas en el niño con la edad. Los problemas cambian con *la edad* y, en líneas generales, tienden a disminuir conforme ésta avanza. Las conductas

que se perturban en la primera etapa de la vida del niño son más numerosas, pero de mejor pronóstico a excepción del retraso mental, el autismo y la esquizofrenia. La *problematicidad* remite en el período de los 6-12 años y tiende a subir en la adolescencia, aunque no todos los autores coinciden con esta última apreciación (Del Barrio, 1986). Por ejemplo, en el caso de los síntomas ansiosos y fóbicos, son casi universales en la infancia, desaparecen progresivamente con la edad, con tendencia a reaparecer en la adolescencia, sobre todo en forma de ansiedad social (Díez, 1990).

Además de comportamientos *problemáticos*, y por supuesto *normales*, el evaluador infantil puede encontrarse con comportamientos *patológicos*, si bien al tratarse del niño - una estructura aún en intenso desarrollo - no se pueden plantear al modo de *cuadros* fijos. De hecho, se observa que los trastornos de aparición temprana van cobrando diferentes sentidos a lo largo del desarrollo. En relación al estudio de los miedos infantiles, Pelechano (1981) utiliza la matizada expresión de "psicopatología evolutiva" (p. 21). La *psicopatología infantil*, en efecto, se muestra como una disrupción del desarrollo normal (cognitivo, emocional, comportamental y social).

Son las *diferencias evolutivas* entre niños y adultos y su correlato de diferencias sustanciales en los campos cognitivo, emocional y social, las que han conducido a marcar las correspondientes distinciones esenciales en los *cuadros clínicos* (véase el DSM-IV). En ningún caso se puede conceptualizar la psicopatología infantil como una extensión hacia abajo de la psicopatología del adulto (Campbell, 1993).

Llama la atención, por ejemplo, que la *depresión* fuera un trastorno patológico descartado en la infancia hasta la década de los 60. En concreto la existencia de depresión infantil fue aceptada por la comunidad científica en 1971, por parte de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, en el congreso que celebraron en Estocolmo (Del Barrio, 1990). De hecho, hasta la aparición del DSM-III (American Psychiatric

Association, 1980) no se elaboró una clasificación de desórdenes mentales *específica* para niños y adolescentes.

El *DSM-IV* (APA, 1994) inicia la relación de trastornos clínicos (Eje I) con la sección dedicada a *trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*, del que extrae el retraso mental para recogerlo en el Eje II. Dichos *trastornos* los subdivide en los siguientes: a) Del aprendizaje; b) De las habilidades motoras; c) De la comunicación; d) Del desarrollo; e) Por déficit de atención y comportamiento perturbador; f) De la ingestión y conducta alimentaria; g) De tics; h) De la eliminación; i) Otros. El trastorno mental lo conceptualiza como "un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad comportamental, psicológica o biológica" (p. XXI).

Por lo demás hay que recordar que, al margen de los trastornos aludidos de inicio en las edades que nos ocupan, la mayoría de los trastornos relacionados en el *DSM-IV*, en principio, podrían de alguna manera afectar asimismo a los niños y más aún a los adolescentes, lo que en ocasiones es explicitado al incluir algún criterio para menores de 18 años. Es importante recordar que al juzgar los problemas de los niños, se tenga en cuenta, además de la interferencia con sus capacidades actuales, la que previsiblemente vaya a afectar a su futuro desarrollo (Alzate, 1993).

Además del sistema clasificatorio mencionado, reconocido internacionalmente, existe el divulgado por la *Organización Mundial de la Salud (CIE-10)*, el cual también contempla varias categorías *específicas para niños y adolescentes*. Otros sistemas de clasificación están pensados directamente para los niños, como la *Clasificación multiaxial de trastornos mentales del niño de la OMS (1979)* (Díaz, 1991).

La CIE-10 (OMS, 1992) en concreto refleja las categorías de retraso mental, trastornos del desarrollo psicológico (habla y lenguaje, aprendizaje escolar, psicomotor, autismo...), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (trastornos hipercinéticos, disociales, emocionales, del comportamiento social, de tics, otros como enuresis, etc).

El *autismo* es una forma de trastorno generalizado del desarrollo (DSM-IV) que aparece antes del tercer año de vida, caracterizado por un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio de patrones de comportamiento, intereses y actividades sumamente restringidos, repetitivos y estereotipados. En la mayor parte de los casos (75% aproximadamente) existe un diagnóstico asociado de retraso mental (Schreibman y Charlop, 1993).

A continuación pasamos a referirnos a uno de los más conocidos trastornos de inicio en estas edades: el *retraso mental*.

4.1.3.3. Retraso mental

El estudio de la inteligencia ha estado históricamente ligado al del *retraso mental*. Burt en Londres y Binet en París fueron algunos de los estudiosos principales de estos temas, que aportaron conocimientos teóricos y tecnología para la medida de la inteligencia y del retraso mental. Ambos autores, además, coinciden en que la pobreza, la mala salud y el retraso en la educación van juntos, si bien la causa del retraso mental sea fundamentalmente atribuible al retraso en el nivel de inteligencia (Boring, 1978, O'Connor, 1973).

El *retraso mental* se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (*un CI de aproximadamente 70 o*

inferior), acompañado de *insuficiencias en la capacidad adaptativa social*, que se inicia con anterioridad a los 18 años.

El DSM-IV especifica cuatro *grados de intensidad del retraso mental*: 1) *Leve* (CI entre 50-55 y aprox. 70). 2) *Moderado* (CI entre 35-40 y 50-55). 3) *Grave* (CI entre 20-25 y 35-40). 4) *Profundo* (CI inferior a 20 o 25) (p. 42).

Los niños de inteligencia *límite (borderline)* (CI entre 68 y 85, según la OMS) constituyen una parte mayoritaria de ese 10% de la población escolar afectada de algún tipo de *insuficiencia*, sin que en realidad sean propiamente clasificables como retrasados mentales. Por otra parte, los retrasados mentales leves representan aproximadamente las tres cuartas partes de la población deficiente mental (85% según el DSM-IV) y son *educables*. Considerados en su conjunto, los retrasados mentales leves suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años) y tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras. En cuanto al retraso mental moderado (10% de la población con RM, según el DSM-IV), se le cataloga pedagógicamente como *adiestrable* y puede asimismo beneficiarse de programas pedagógicos. Aunque limitadamente, el resto de población retrasada mental también se beneficia de los programas de atención psicopedagógica.

Tal vez convenga recordar que estas clasificaciones nunca deben distraer al evaluador del objetivo complementario de detectar las *diferencias personales* que, en relación a los componentes de cada grupo, cada sujeto afectado de RM presenta y que es importante conocer para poder ayudarle mejor, si bien es más útil para la intervención la evaluación de las diferencias *intraindividuales*, especialmente en lo tocante a la *educabilidad* o capacidad para beneficiarse del entrenamiento mental (Forns, 1993, Martorell, 1988). En cualquier caso es obvio que nunca debe hacerse el *diagnóstico de RM* en base a un simple puntaje de prueba y menos aún si éste fuera aplicado a un bebé (Sattler, 1988).

Otro riesgo común en el *diagnóstico de retraso mental* es que el mismo obstaculice la detección de otro tipo de trastornos psicológicos con los que se confunde y que quedarían subsumidos en él. Una confusión que se ha denominado *eclipse diagnóstico* (Reiss, 1982). De ahí que en estos supuestos el evaluador ha de plantearse la procedencia de establecer un *diagnóstico múltiple*, diferenciando bien los problemas de modo que se facilite la aplicación de estrategias terapéutico-educacional-rehabilitadoras *específicas*. Algo se avanzó en este sentido en el momento en que en el diagnóstico del retraso mental se diferenciaron los componentes intelectual y adaptativo-social.

La gran influencia del ambiente en el niño (ver apartado 4.1.3.1.) se acentúa en los *retrasados mentales*, idea que aparece incorporada de algún modo por la *Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD)* en la definición que establece en 1992 sobre RM. Deja de considerarlo un rasgo absoluto del individuo y lo considera una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el entorno. De ahí que la tarea esencial no vaya a consistir tanto en diagnosticar y clasificar a los individuos con RM, sino *evaluarlos multidimensionalmente* en base a su interacción con los contextos en los que se desenvuelven y, basándose en esa evaluación del individuo y el ambiente, determinar los *tratamientos* que necesitan (Verdugo, 1994).

En suma, el énfasis en las *definiciones de RM* se ha trasladado de las causas biológicas a las psicológicas (resultados de tests de inteligencia) y de éstas a las de ajuste o adaptación social (Juan Espinosa, Márquez y Rubio, 1987).

El concepto de *comportamiento adaptativo* debe ser delimitado a través de otros para que cobre un sentido preciso y éstos son los de competencia, socialización y habilidades sociales, los cuales marcan unas líneas más claras de intervención (Pelechano, 1984).

Respecto a *cómo* evaluar el comportamiento adaptativo, importa ante todo determinar si en el sujeto a evaluar aparecen o no, y en qué grado, los comportamientos adaptativos exigidos para la integración. O sea, que el procedimiento de medida debe estar referido a *criterio* y no referido a *norma*. Así se cubren los objetivos no sólo de descripción y clasificación de los individuos, sino también la predicción y, fundamentalmente, el control para la modificación de su conducta (Juan Espinosa, Márquez y Rubio, 1987). Los *tests referidos a criterio*: a) Aportan una puntuación directa interpretable en sí misma. b) Permiten la comparación pre y post-test como medida del cambio individual. c) Son útiles para evaluar el cambio educativo o terapéutico (Forns y Amador, 1995). Ejemplo de test para la evaluación del comportamiento adaptativo en el retrasado mental es el *West Virginia Universidad Autónoma de Madrid (WV-UAM)*, de Martín, Márquez, Rubio y Juan Espinosa (1989), editado por MEPSA (Madrid).

4.1.3.4. Evaluación del potencial de aprendizaje

Los tests de capacidad cognitiva permiten la evaluación de los *resultados* que el niño alcanza, como consecuencia del nivel de maduración y de los aprendizajes acumulados hasta el momento de realizarlos. Pero nada informan de los *procesos* que aquél sigue para alcanzar el éxito o fracaso en la resolución de los problemas planteados, por lo que no informa de las posibles medidas que se podrían adoptar para enseñarle a solucionar problemas, en definitiva, para desarrollar su inteligencia.

Así como la norma exigida en la aplicación y valoración de los tests estandarizados - los de inteligencia, entre tantos - consiste en evitar que la interacción entre evaluador y evaluado influya en los resultados, lo contrario se persigue en los métodos basados en el *potencial de aprendizaje*. En estos es precisamente la mejora sustancial respecto a la respuesta inicial que se logra por medio de la interacción entre el adulto y el niño lo que interesa evaluar (Campione, Brown y Ferrara, 1987). Una interacción orientada a fomentar el aprendizaje infantil, que será tanto mayor

cuanto mayor su *zona de desarrollo próximo* (Vigotsky, 1978), es decir, la distancia entre lo que es capaz de rendir por sí mismo y lo que rinde sometiéndose a la guía del adulto que le enseña de diversas formas a solucionar problemas. Como se ve, una forma *prospectiva* de medir la capacidad de desarrollo del niño (Sánchez-Cánovas y Sánchez López, 1994, p. 236).

El concepto de *potencial de aprendizaje* (Feuerstein, 1978) abre la posibilidad de establecer una evaluación dinámica caracterizada, respecto a la idea estática de evaluación antes apuntada, por cambios : a) en la situación de interacción examinador-examinado, orientado éste ahora a la ayuda; b) en la estructura de los tests, que pasan a informar principalmente del proceso; c) en la interpretación de los resultados a nivel intraindividual, en vez de interindividual (Campllonch, 1981, Forns y Boada, 1985).

La evaluación del potencial de aprendizaje trata de evaluar lo que un sujeto es capaz de hacer tras ser entrenado al respecto. En este planteamiento subyace la idea de *modificabilidad cognitiva* de Feuerstein et al. (1979) y la posibilidad de modificar las alteraciones específicas que pueden darse en las tres fases del proceso de tratamiento de la información (recepción, elaboración y expresión) (Forns y Amador, 1995).

El *EPA-Evaluación del Potencial de Aprendizaje*, de Fernández-Ballesteros, Calero, Campllonch y Belchi (1990) es un ejemplo de instrumento útil para llevar a efecto, cualitativa y cuantitativamente, la medición del grado en que un sujeto puede beneficiarse de un tratamiento cognitivo tendente a acrecentar su capacidad de aprender.

En el apartado anterior se ha hecho alusión a la necesidad de cambiar el enfoque de la evaluación del RM, ir más allá de la mera clasificación estática (Campllonch, 1981). El principal objetivo pasa a ser poner con la evaluación *las bases del tratamiento específico* que propicie el aumento de la capacidad real de los

retrasados mentales. Lo que de verdad interesa es medir su *capacidad de aprender*, su grado de modificabilidad cognitiva.

A partir de la subteoría componencial, primera de la teoría triárquica de Sternberg (1987), se especifican los procesos que subyacen en el procesamiento de la información de las conductas inteligentes. En los sujetos con *deficiencias* en este dominio se hallan, entre otras, dificultades en el ámbito del razonamiento inductivo analógico tales como codificación, utilización de representaciones alternativas, flexibilidad estratégica, planificación, supervisión de la solución, etc. De forma que el análisis componencial de la inteligencia hace posible, en teoría al menos mientras no se desarrollen instrumentos idóneos para ello, localizar *dónde* se producen los déficits y, por tanto, facilita la tarea de diseñar *programas específicos de entrenamiento* (Román Pérez y Díez López, 1988).

Los retrasados mentales, como consecuencia de la carencia de experiencias de aprendizaje mediado, presentan *deficiencias*: 1) En la recogida de la información (asistematicidad, imprecisión, superficialidad...). 2) Durante el proceso de elaboración de la información (carencia de comparación, de definición de problemas, de selección de indicios relevantes...). 3) En el proceso de comunicación de la información (irreflexividad, imprecisión, egocentrismo, bloqueo...). 4) Afectivo-motivacionales (Alonso, 1992).

El RM es un ejemplo de *alteración por déficits* que, desde el enfoque multidimensional, afectan no sólo al área cognitiva, sino también al área adaptativa y de desarrollo de la personalidad. Estos déficits, si se trata de un *retraso mental profundo*, por lo general resultan de factores genéticos o lesión cerebral. Sin embargo, en el caso del *retraso mental moderado* la relación con el nivel socioeconómico bajo es una hipótesis a tener en cuenta (Sattler, 1988). Los niños de clases desfavorecidas se ven proclives al fracaso escolar por *deficiencia* basada en privación intelectual-cultural (Román Pérez y Díez López, 1988).

La condición señalada conlleva merma importante de estímulos y deficiencias de medios para su desarrollo cognitivo y desarrollo general. Y es que un contexto educativo pobre en expresión verbal, lógica y abstracción..., con sus *códigos restringidos* (Bernstein, 1971), empuja al niño a la inadaptación y falta de éxito escolar, en suma, al *pseudo-retraso mental*. La educación compensatoria y el entrenamiento cognitivo son importantes medidas tendentes a solucionar las desventajas señaladas (González y Sáinz, 1988, Martín, 1994). Es en este contexto general donde se encuadra la idea de evaluación del potencial de aprendizaje.

4.1.3.5. La prevención

Hasta hace poco la infancia ha sido descuidada dentro de la investigación psicopatológica (Domènech, 1988); sin embargo, el impacto del concepto de *prevención*, que idealmente ha de ponerse en marcha en estas primeras edades, está conduciendo a prestar mayor atención al respecto, tanto para preservar la aparición de situaciones deficitarias como para el fomento del desarrollo de los individuos (Maganto, 1990). En este sentido se hace imprescindible abundar en una investigación *longitudinal* que permita determinar con mayor precisión los predictores del desarrollo de ulteriores problemas y trastornos clínicos para su oportuna *prevención*. Desde diferentes modelos de intervención psicológica están cobrando creciente interés las actuaciones tendentes a impulsar la prevención y la promoción de la salud (Costa y López, 1986, Garfield, 1982, Méndez y Maciá, 1990).

Así, los principales *objetivos de la evaluación neonatal* son: a) el conocimiento de las aptitudes peculiares de cada niño (con fines de orientación a los padres); b) la detección de signos de alarma (con fines de detección precoz del desarrollo anómalo) (Domènech y Gómez de Terreros, 1995). La evaluación prematura, por ejemplo, del temperamento en bebés puede ser útil predictor del riesgo de sufrir trastornos psicopatológicos. En este sentido se encuadra la investigación de Thomas, Chess y Birch (1970, en Sarafino y Armstrong, 1988) que

los clasifican en *fáciles* y *difíciles*, descubriendo que el 70% de los segundos de mayores requerían alguna vez de tratamiento psiquiátrico, frente a sólo el 18% de los niños *fáciles*.

Es evidente que si se desea trabajar con eficacia en el campo de la *prevención* de problemas y trastornos, resulta imprescindible atender dicha tarea desde la temprana infancia. Y que la prevención será más eficaz si junto a las predisposiciones biológicas se tienen en cuenta las psicológicas y ambientales, así como el oportuno seguimiento a través del desarrollo.

Inspirándose en Peterson (1987), Fuertes y Palmero (1995), en relación a la *intervención temprana* en los niños, detallan siete fases de la evaluación: 1) *Detección* de la población (de 0 a 5 años) potencialmente necesitada de atención y determinación de si deben ser derivados a la fase siguiente. 2) *Screening* para la identificación de los niños cuyo desarrollo se desvía de lo normal y necesitan una evaluación. 3) *Diagnóstico* del problema existente, su naturaleza y grado, a fin de prescribir el tratamiento adecuado. 4) *Evaluación de la familia* (aspectos problemáticos y capacidades), para realizar un programa de intervención sobre ella. 5) *Evaluación educativa* para identificar el rendimiento del niño en cada una de las áreas evolutivas y así facilitar el plan de intervención sobre ellos. 6) *Evaluación de la ejecución* de los logros alcanzados como efecto de la aplicación del programa de intervención. 7) *Evaluación del programa*, su calidad e impacto en los niños y sus familias.

Se considerarán *sujetos alto-riesgo* aquellos en los que converjan características personales y ambientales que aislada y conjuntamente constituyan predisponentes o generadores potenciales de un determinado problema o trastorno. La evaluación temprana de las características personales y/o ambientales, como determinados déficits conductuales, emocionales y/o cognitivos y marcadores de vulnerabilidad socio-ambientales, configura el perfil de los sujetos vulnerables o alto-riesgo. Por ejemplo, en la prevención de la psicosis (De Paul, 1986), los sujetos alto-riesgo se evalúan en diferentes áreas: a) Relación entre el trastorno psíquico y ciertas

complicaciones obstétricas. b) Características innatas del niño. c) Interacciones madre-hijo. d) Area cognitiva (atención...). e) Area afectiva (apego...).

Un método de investigación importante en la actualidad para la prevención de la salud infantil es la *epidemiología*. Estudia la distribución de determinadas alteraciones dentro de una población, en su ambiente natural. Permite conocer las necesidades de asistencia, las diferencias de distribución de una enfermedad, los factores de riesgo asociados a ella y las causas que la origina. Utiliza, entre otros, instrumentos de *screening* y diagnóstico (Doménech, 1988).

El *screening* es un procedimiento que conlleva la aplicación - frecuentemente de forma colectiva, incluso masiva - de un conjunto de pruebas útiles para la identificación *precoz* de poblaciones de riesgo formadas por sujetos con determinados problemas. Desde el enfoque de evaluación conductual se critica la limitación que acarrea el tipo de información recogida habitualmente a través del *screening*, en cuanto que adolece de excesiva generalidad, no es adecuada para servir de apoyo al tratamiento. Sin embargo, hay que recordar que así como en un instrumento propiamente diagnóstico lo importante es la *especificidad*, en los utilizados en el *screening* cuenta más la *sensibilidad*, en el sentido de que con su aplicación se garantice la tasa más baja posible de falsos negativos.

En "*Principles of Preventive Psychiatry*", Caplan (1964) determinó tres tipos de prevención: *primaria*, *secundaria* y *terciaria*. La más interesante es la *primaria*, pues trata de tomar las medidas necesarias para impedir que se produzca la enfermedad; la *secundaria*, a través de un diagnóstico precoz, permite actuar tempranamente sobre ella una vez producida; por su parte la prevención *terciaria* trata de reducir la duración y corregir las consecuencias derivadas de la persistencia de la enfermedad, confundándose con la terapia.

El enfoque preventivo es *proactivo*, se adelanta en la toma de medidas, anticipándose a la aparición de los problemas, con el fin de lograr que en las

poblaciones de riesgo se eviten los efectos nocivos, adoptando a tal fin *programas de intervención* directa e indirecta en los sujetos y/o sus contextos (Winett, Riley, King y Altman, 1993).

La *evaluación* permite identificar los factores causales del problema, así como la población de riesgo y los pros y contras asociados al problema que se derivan del contexto. Por consiguiente, la evaluación psicológica del niño y adolescente no sólo está al servicio de la *intervención* (terapéutica, orientativa, etc.), sino que tiene también fines *preventivos*, dirigidos a la promoción de los comportamientos de salud a estas edades. Dando siempre por hecho que las actuaciones preventivas, en principio, tendrán tanto más éxito cuanto más precozmente se adopten (Maganto, 1990).

La prevención primaria exige el diagnóstico precoz (*despistaje*) de aspectos deficitarios en el orden físico, mental, cognitivo y social, dentro de poblaciones de riesgo, a fin de prever los problemas y tomar medidas oportunas a tiempo. Además de a deficientes físicos y psíquicos, los programas de intervención correctiva temprana pueden extenderse a otras poblaciones de riesgo en relación a infinidad de problemas relacionados con la salud y el desarrollo del niño y adolescente. "Estos avances más importantes en el futuro no van a estar en los descubrimientos sobre cómo *corregir* los patrones desviados y disfuncionales, sino en la *prevención primaria* de tales patrones de malestar" (Mahoney, 1994, p. 20).

4.2. LA EVALUACION EN LA VEJEZ

La *vejez* es un fenómeno humano operativamente definido por el hecho de haber cumplido los 65 años y que tiende a despertar reacciones positivas y negativas en la persona que se incorpora a esta etapa evolutiva, así como en el resto de la población hacia los viejos en general. Bien es cierto que suelen destacarse los aspectos negativos, tales como incapacidades, limitaciones y achaques típicos de la vejez. Sin embargo, dicho fenómeno ni es necesariamente negativo ni es uniforme. Una y otra *valoración* va a depender, respectivamente, de factores como la salud, aptitud funcional, inteligencia, educación, recursos económicos, apoyo social, etc. que acompañen a cada anciano (Moragas, 1991) y de las *actitudes* hacia las personas mayores exhibidas por la sociedad (Montoro, 1995).

El carácter más o menos *crítico* de las transiciones evolutivas de una etapa a otra - incluida la de la vejez - y la propia adaptación a las específicas exigencias de dichas etapas, dependerá de los recursos personales y contextuales de que disponga el individuo. En algunos países se han planteado programas de intervención dirigidos a modificar las actitudes y expectativas sociales sobre la vejez, pues las actitudes negativas predominantes son una rémora para el normal desarrollo de las personas a lo largo de toda su trayectoria vital que, naturalmente, incluye la *vejez* (Fernández-Ballesteros, 1985b).

Si bien existe una frontera convencional, marcada socialmente, de la vejez (a partir de los 65 años, tal como se ha recordado), no es posible establecer los parámetros que definen la vejez biológica y psicológica (Reig y Fernández-Ballesteros, 1994). Con el espectacular avance de la esperanza de vida estas últimas etapas se van posponiendo y atrasando. Consecuencia de todo ello es que está creciendo la demanda de atención médica, psicológica y social por parte de este sector de la población y disolviéndose el *prejuicio* que considera la vejez como una edad residual donde no tendría sentido para el profesional de la psicología y de otras disciplinas intervenir activamente. Es significativo que en nuestro entorno el capítulo

Evaluación del envejecimiento (Fernández-Ballesteros y González Sánchez, 1983) se haya considerado la primera sistematización en castellano sobre el tema.

El interés actual por la *vejez* se apoya en razones demográficas (proporción creciente de viejos, sobre todo en los países desarrollados), económicas (peso de los jubilados), políticas (un porcentaje importante de votantes) y de opinión pública (sensibilizada con el tema de la ancianidad y sus problemas). Debido a las mejoras en la sanidad, la alimentación y las condiciones de vida, en los tres últimos decenios el número de personas mayores en la *Comunidad Europea* ha aumentado más del 50%. Hoy son 68,6 millones y en el año 2020 se calcula que habrá entre 88 y 100 millones de personas mayores en la CEE. Los 68,6 millones de mayores no forman un grupo de edad homogéneo. Más de la mitad (50%) tienen entre 60 y 69 años, un tercio (33%) entre 70 y 79 años, y el 17% restante tiene más de 80 años (Madrigal, 1996, p. 794). Se puede concluir que en nuestras sociedades industriales, cuando se goza de buen estado de salud, la verdadera *ancianidad* se está situando a partir de los 80 años de edad, unos 15 años después de la jubilación (Camdessus, 1996).

4.2.1. Conceptos y objetivos diferenciales básicos

Desde una perspectiva médica *multidisciplinar* de la evaluación gerontológica, se ha *clasificado* a los ancianos en tres grupos (Salva, Vellas, Roig y Albareda, 1994):

a) *Los que envejecen con éxito*. Personas sanas y normales para su edad, bien adaptadas, con un buen nivel de autonomía y calidad de vida.

b) *Los afectados de envejecimiento patológico*. Personas con enfermedades crónicas, incapacitantes, con alto nivel de dependencia física y psicológica.

c) *Los "frágiles" de alto riesgo*. Se encuentran en una situación de equilibrio inestable, con riesgo de perder la autonomía. Después de padecer un proceso agudo, ofrecen dudas sobre su estado funcional y/o cognitivo y/o en relación a problemática social.

En opinión de los autores citados, este último grupo constituiría el objetivo *prioritario* para una evaluación gerontológica, por ser el que, en principio, mayor beneficio puede obtener de la atención bio-psico-social recibida, sin que por ello deba desatenderse a los otros dos.

Desde el punto de vista *biológico y de la salud*, no es correcto confundir las limitaciones funcionales de la edad con enfermedad. Tampoco es cierto, desde el punto de vista *psicológico*, que la edad reduce el potencial vital y con él las facultades cognoscitivas. La disminución de la fuerza muscular y la misma rapidez de reacción, por ejemplo, no tienen por qué afectar a la inteligencia. Desde la *sociología* se está revisando la definición de rol social del anciano, los factores de integración social y otras cuestiones de directa repercusión en disciplinas como trabajo social, sanidad y educación (Moragas, 1991). El envejecimiento es *un proceso bio-psico-social* sujeto hoy a una visión nueva y profundo replanteamiento por parte de las disciplinas que se ocupan de su estudio. Este fenómeno no es ajeno al modo distinto de envejecer que se está dando en la actualidad, respecto al de hace tres o cuatro décadas solamente, y a la conciencia de que no existe un *patrón* uniforme de envejecimiento, sino que se dan importantes *diferencias* entre los individuos.

Lo establecido en el párrafo precedente nos lleva a recordar la necesidad de la *multidisciplinaridad* en la evaluación del anciano (médicos, enfermeras, asistentes sociales, gerontólogos, psicólogos evaluadores, terapeutas...). La adopción de esta perspectiva es coherente con el *enfoque bio-psico-social* de la evaluación y tratamiento del anciano que hemos preconizado. Y por otra parte facilita la tarea de realizar evaluaciones *comprehensivas y multidimensionales* (fisiológicas, psicosociales, ambientales...). "La *interconexión* entre variables biológicas,

psicosociales y ambientales es mayor en la vejez que a lo largo de la infancia, juventud y edad adulta" (Montorio, 1994, p. 22).

Puede ser importante recordar la necesidad de que el evaluador adopte una actitud alejada de los *estereotipos* habituales en este campo, que le permita conocer las características de la vejez *normal* y los aspectos *positivos* que esta etapa evolutiva ofrece (serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social...) (Moragas, 1991). "El viejo es también un ser *activo y productivo, competente y saludable*" (Fernández-Ballesteros, 1985b, p. 244). Aspectos que el evaluador no ha de desdeñar ni ignorar en el proceso de recogida de datos, así como en el de integración y valoración de los mismos.

Así, en nuestra visión del anciano subyace la idea de que no sólo ofrece aspectos positivos propios de su edad, sino que está dotado para el *cambio positivo*, lo que justifica plenamente la atención (no sólo evaluadora) que se le preste y la adopción de medidas de intervención psicológica y otras. No se olvide que son las mediciones que realiza el psicólogo *evaluador* las que permitirán dar forma a los objetivos de ayuda para el cambio, así como organizar la estrategia y la definición de las tareas y actuaciones prioritarias, tanto como la evaluación posterior de la eficacia de las intervenciones.

4.2.2. Generalidades sobre metodología y técnicas

Aunque en los últimos años se está desarrollando rápidamente la *metodología e instrumentación psicológica* aplicable al anciano, su evaluación psicológica todavía refleja, en demasiados casos, *carencia* de instrumentos de evaluación e *inadecuación* de los existentes (Pelechano y De Miguel, 1992).

Unas veces se aplica a los ancianos instrumentos de evaluación desarrollados en poblaciones jóvenes o para poblaciones específicas, como los pacientes

psiquiátricos, otras se construyen instrumentos de evaluación insuficientemente respaldados por un enfoque conceptual de lo que con ellos se pretende medir y es frecuente que se preste insuficiente atención al proceso formal de validación (Kane y Kane, 1993).

4.2.2.1. El método de los tests

En relación con la evaluación cognitiva del anciano por medio de *tests*, se han señalado algunas deficiencias y propuestas concretas: 1) Los tests requieren contar con *baremos* adecuados. 2) Varían los *criterios* sobre lo normal y lo patológico. 3) Los *sistemas de evaluación* han de adaptarse. 4) Hay que corregir el déficit de *instrumentos* de evaluación existente (Fernández-Ballesteros y González, 1983).

Por una u otra razón, es creciente la necesidad de contar con pruebas *adecuadas* para la evaluación psicológica de los ancianos, tanto referidas a su funcionamiento intelectual como al análisis de su personalidad (Pelechano, 1988b). En este aspecto, han de cambiarse respecto a la población adulta no sólo el tipo de problemas o cuestiones planteadas, sino en su caso los mismos tiempos de duración, dado que el anciano prioriza la reflexión y consiguiente *lentitud* de las respuestas frente a la velocidad en su emisión, además de que su *capacidad de discriminación sensorial* debida al deterioro fisiológico es menor, se fatiga antes, etc.

A pesar de que son muchas las *áreas* que son susceptibles de ser evaluadas por medio de tests en el anciano, nos detendremos brevemente en dos de particular interés en esta etapa evolutiva, que son *el funcionamiento intelectual y la memoria*.

4.2.2.1.1. Evaluación del funcionamiento intelectual

Se han señalado tres variables *moduladoras* del funcionamiento intelectual en la vejez: los efectos generacionales, los efectos personales y la salud (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1991). Siguiendo a estos autores, explicaremos concisamente a continuación cada una de dichas variables moduladoras.

Además de la edad, hay que considerar el llamado *efecto cohorte o generacional*, consistente en el conglomerado de circunstancias (de salud, nutricionales, educacionales, culturales, etc.) que, debido al encuadre socio-histórico de cada individuo, han influido y condicionado socialmente su desarrollo personal. Es lógico que estas variables evolutivas se tengan presentes en el momento de la evaluación, muy en particular de la evaluación en la vejez, pues los cambios *maduracionales* en muchas aptitudes son relativamente pequeños respecto a los atribuibles a *diferencias de generación* (Forteza, 1993).

No todas las personas envejecen de igual forma, sino que existe una importante *variabilidad intersujetos* al respecto, desde quienes no presentan ningún declive a quienes sí lo presentan, variando a su vez entre estos últimos el perfil de su envejecimiento intelectual.

Cualquiera que sea la generación de pertenencia, influyen las *diferencias socioeducativas* que acarrearán el mayor o menor acceso a las oportunidades educativas y de atención sanitaria. Otras variables moduladoras personales del funcionamiento intelectual en la vejez son ciertas características *cognitivas, de personalidad, la posición social, el rol laboral, las aficiones, etc.*

Finalmente, el funcionamiento intelectual se ve decisivamente asociado a la *salud*. Así, muchas veces el declive intelectual es reflejo del de la salud y no tanto de la edad por sí misma. El caso extremo lo representa la enfermedad de *Alzheimer*,

trastorno biológico que provoca un drástico declive patológico de la inteligencia (Fernández-Ballesteros et al., 1991, Roa, 1995). "En población de sujetos que disponga de buena *salud*, buen nivel de *instrucción* y *estimulación ambiental enriquecedora*, los cambios ontogenéticos en las variables intelectuales son pequeños, de manera que muchas personas mayores pueden actuar al nivel medio de los jóvenes" (Forteza, 1993, p. 45).

Se han señalado algunas *particularidades específicas que se dan en la evaluación de la inteligencia en las personas mayores* (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1991): 1) Motivación y cooperación escasas durante el proceso evaluativo. 2) Comunicación dificultada por pérdidas sensoriales. 3) Lentitud perceptiva y motora. 4) Tendencia a informar positivamente respecto a sí mismas (deseabilidad social) en los autoinformes. 5) Escasa disponibilidad de instrumentación psicológica debidamente adaptada. 6) Material de los tests (verbal y manipulativo) inadecuado en cuanto que no significativo para ellas. 7) Necesidad de ser evaluadas multimétodicamente.

Por las *condiciones especiales* del anciano, en lo posible hay que intentar que el proceso de evaluación no sea largo y excesivamente complicado. La aplicación *reducida* del WAIS con ancianos sirve de ejemplo de la dirección a seguir al respecto. Britton y Savage (1966) proponen para acceder al CI verbal y al CI ejecución del Wechsler, con sólo aplicar *cuatro* subtests, las fórmulas siguientes:

$$* \quad CI \text{ verbal} = 3(\text{Vocabulario} + \text{Comprensión})$$

$$* \quad CI \text{ ejecución} = 5(\text{Cubos} + \text{Rompecabezas}):2.$$

En resumen, además de los *tests intelectuales* como la versión reducida del WAIS de Britton y Savage citada, existen otros instrumentos útiles para la evaluación del funcionamiento intelectual en las personas mayores, como son las *escalas de apreciación* cumplimentadas por un experto o por allegados, las *entrevistas*

semiestructuradas que ofrecen puntuaciones resultantes de la combinación de respuestas de los sujetos y de la observación de los mismos y los *cuestionarios autocumplimentados* (Fernández-Ballesteros e Izal, 1992).

4.2.2.1.2. Evaluación de la memoria

Una de las dimensiones del funcionamiento cognitivo de los ancianos que más se ha investigado es la *memoria* (Forteza, 1993, Jódar y Junqué, 1994, Montorio, 1994). Las conclusiones al respecto se presentan muy discrepantes, desde las que observan un déficit importante, hasta las que no sólo no lo encuentran sino que hallan resultados ventajosos respecto a otras edades. En líneas generales, se aprecia un déficit mayor de memoria en los ancianos cuando el material a aprender supera la capacidad de almacén a corto plazo y es necesario utilizar estrategias de elaboración de la información para facilitar su recuperación posterior (Palacios y Marchesi, 1985). "En general, tanto la memoria inmediata como la memoria remota se mantienen bien preservadas durante la vejez" (Jódar y Junqué, 1994, p. 221). "El *almacén de memoria secundaria* es el principal responsable del deterioro de la capacidad de memoria en los ancianos" (Montorio, 1994, p. 112).

La *memoria* quizá sea la función cognitiva respecto a la cual los ancianos antes y con mayor frecuencia centran sus quejas. Los *déficits* de memoria frecuentes en ancianos son los siguientes: 1) Lentitud en la recuperación de información familiar y/o bloqueo en la recuperación de nombres de personas, lugares y cosas familiares. 2) Dificultad en memorizar ciertos tipos de información. 3) Lentitud en recuperar información nueva o reciente (Forzard y Popkin, 1978, en Fernández-Ballesteros y González Sánchez, 1983, p. 1155). (Para una revisión del tema véase Vega y Bueno, 1995, cap. 4).

La *evaluación de la memoria* en los ancianos se lleva a cabo para cubrir los objetivos siguientes: 1) A efectos de diagnóstico (por ejemplo, en casos de sospecha

de demencia). 2) Para contribuir a la localización de un posible deterioro orgánico cerebral. 3) Para planificar el tratamiento psicológico de los ancianos con problemas de memoria. 4) Para establecer la efectividad de tratamientos farmacológicos que se aplican ante síntomas en relación con su memoria (Montorio, 1994).

En la *evaluación de la memoria* del anciano han de tenerse en cuenta los cuatro aspectos siguientes: 1) El impacto de las características individuales sobre la ejecución de la memoria (la edad, la salud, el estado afectivo, etc.). El control inadecuado de estas variables puede sesgar los resultados. 2) La tarea-criterio, la prueba o test y su medida dependiente. Por ejemplo, los ancianos puntúan más bajo en tests de memoria al incrementar la dificultad de la tarea. 3) La naturaleza del material empleado en la tarea (verbal, visual...). La utilización de ítems familiares reduce las diferencias en memoria atribuidas a la edad. 4) La estrategia cognitiva a emplear para cumplimentar la tarea (codificación, almacenamiento...) (Montorio, 1994).

Finalmente, conviene tener presente que tanto la ansiedad como la depresión (a las que aludiremos más adelante) suelen *dificultar* el buen funcionamiento de la memoria. La *ansiedad* haciendo que las personas se preocupen y se centren en sí mismas en lugar de en la tarea y la *depresión* empujando al anciano a preocuparse demasiado por los lapsus de memoria, de modo que la preocupación desproporcionada, de un tipo u otro, conduce en la práctica a declives reales en el rendimiento de la memoria (Vega y Bueno, 1995).

4.2.2.2. Los autoinformes

Los *autoinformes* ofrecen grandes posibilidades para la evaluación en general, también en la vejez, bien se trate de instrumentos psicométricos multidimensionales (MMPI...) o unidimensionales (STAI...), bien sean autoinformes conductual-cognitivos, etc. La ventaja que conllevan los autoinformes escritos es que el sujeto

no necesita revelar información sensible directamente al entrevistador, aunque una de las desventajas (además de las dificultades visuales y culturales...) puede ser que, frecuentemente, el sujeto no puede recibir explicaciones clarificadoras de ciertos ítems por parte del examinador (Kane y Kane, 1993).

Las principales *dificultades* específicas en relación a la utilización de los autoinformes con ancianos son: 1) La relevancia de los ítems, a veces escasa para esta población. 2) La deseabilidad social, que se ha observado que es notablemente más alta entre los ancianos. 3) La inhibición de respuesta, que puede acentuarse en esta edad por distintas razones. 4) La ansiedad, que, como veremos más adelante, es uno de los trastornos frecuentes en la vejez y que puede interferir en los resultados del autoinforme. 5) La dificultad de comprender las instrucciones y completar los cuestionarios, en ocasiones demasiado largos y engorrosos (Montorio, 1994).

A continuación se apunta la existencia de dos áreas (*sociales*) a medir, coincidentes a su vez con dos tipos de autoinformes de especial interés en la evaluación del anciano, los cuestionarios de *habilidad social* y los de *apoyo social*. Los déficits hallados en ambos dominios pueden ayudar al evaluador a explicar el generalizado y grave problema - típico de esta edad - de la soledad. Y a entender asimismo que las personas son capaces de manejar situaciones sociales y afrontar los problemas de la existencia en función de sus recursos personales (entre los que se incluyen las habilidades sociales), pero también de los apoyos sociales con que cuenten (Fernández-Ballesteros, 1985b).

4.2.2.2.1. Habilidades sociales

En contraste con el auge que está teniendo el estudio de algunos constructos, como el de locus de control, el de *habilidades sociales* se encuentra sin explorar suficientemente entre la población de ancianos (Pelechano y De Miguel, 1992). Sin embargo, es imprescindible evaluar los recursos sociales del anciano - uno de los

cuales es su *habilidad social* - por la importancia de los mismos y su correlación con el funcionamiento físico y mental (González Sánchez, 1985).

George y Bearon (1980, en Kane y Kane, 1993) señalan cuatro dimensiones de la *calidad de vida en los ancianos*: mediciones de satisfacción en la vida, mediciones de autoestima, salud general y mediciones de estatus socioeconómico. Pues bien, en el término *funcionamiento social* se incluye las mediciones de satisfacción en la vida y de estatus socioeconómico, por lo que evidentemente resulta fundamental para la calidad de vida. A su vez, el *bienestar psicológico* - un concepto incluido asimismo en el área de evaluación del funcionamiento social - se refiere a los sentimientos, emociones, valoraciones y reflexiones que las personas hacen acerca de su propia *calidad de vida*.

La capacidad del anciano para ejecutar acciones sociales, se refleja en la *capacidad de percibir, entender, descifrar y responder* a los estímulos que provienen del comportamiento de los demás. Uno de los componentes destacados de las habilidades sociales es la *asertividad*. Entraña la habilidad de decir no, expresar los propios sentimientos e iniciar, mantener y finalizar conversaciones (Blanco, 1981). Ejemplos de autoinformes para la evaluación de la asertividad son: *Inventario de asertividad de Rathus (RAS)* (Rathus, 1973), *Inventario de asertividad* (Gambrill y Richey, 1975).

Los *inventarios autodescriptivos* para la evaluación de las habilidades sociales han de reunir los *requisitos* generales siguientes (Godoy y Gavino, 1988): 1) Adaptación a la población deseada. 2) Utilidad para la clasificación de los sujetos y discriminación de otros grupos. 3) Precisión en la descripción del comportamiento socialmente hábil. 4) Utilidad para adelantar pronósticos. 5) Adecuación para facilitar el diseño de los tratamientos pertinentes. Sirvan de ejemplos de autoinformes creados para la *evaluación de las habilidades sociales en los ancianos* los que siguen: *Communication Behavior Rating Scale (BRS)* (Patterson y cols., 1982), *Interpersonal Coping Problem-Solving Assessment* (Spivack y cols., 1982).

El desarrollo de las habilidades sociales le permite al anciano mejorar sus relaciones con los demás (que otros respeten sus deseos, poder expresar sus pensamientos y afectos, sus discrepancias, elogios...) y con ello evitar el aislamiento, la *soledad*, fenómeno tan frecuente en esta edad como penoso. En ocasiones, los trastornos y disminución de las habilidades sociales habituales en el anciano son un *síntoma* más a tener en cuenta, entre otros, de la *depresión*. La conducta asertiva disminuida en el depresivo evidencia su dificultad para afirmarse, manifestarse, hablar, comunicarse con los demás (Rojas, 1987).

En el caso de ancianos afectados de deterioro intelectual (4.2.3.1.), la medición de su *funcionamiento social* (habilidades de relación, capacidad de adaptación...) no es posible efectuarla por medio de cuestionarios. La alternativa la da la observación sistemática apoyada en escalas como la *Minimal Social Behavior Scale* (Farina, Arenberg y Guskin, 1957). En este supuesto la observación se efectúa en el contexto de una entrevista donde el evaluador provoca acontecimientos sencillos que le permite analizar la reacción del anciano, además de recoger otros datos observacionales relacionados con el funcionamiento social (Kane y Kane, 1993).

4.2.2.2.2. Apoyo social

Por la lógica de la edad, durante la etapa de la vejez se acumulan las *pérdidas* de seres queridos (fallecimiento del cónyuge y amigos, marcha del hogar de los hijos, aislamiento social por la jubilación...), con el componente traumático y de disminución de apoyo social que conllevan. A su vez, estos sucesos doblemente estresantes aumentan la probabilidad de enfermedad y muerte de los ancianos, pues la enfermedad no sólo está en función de cambios biológicos, sino también de bruscas y negativas modificaciones ambientales (Fernández-Ballesteros, 1985b).

El concepto de *apoyo social* incluye la idea de la existencia o cantidad de las relaciones sociales, las características de éstas y las consecuencias positivas efectivas (*apoyo real*) que dichas relaciones sociales acarreen al sujeto. Se ha demostrado

empíricamente la importancia que las *redes informales de apoyo* (amigos, vecinos...) tienen para el mantenimiento de la salud mental. De ahí la conveniencia de que la asistencia de salud al anciano utilice recursos comunitarios próximos a su entorno o lugar habitual de residencia (Díaz Veiga, 1987). El *apoyo social* es uno de los factores que influyen en que las personas mayores tengan un mayor o menor sentimiento de *bienestar psicológico* (Montorio e Izal, 1992).

El *apoyo social*, cuando se produce, proviene de la *red social* en la que se ubica el sujeto y ésta, a su vez, se asienta en la existencia de *relaciones sociales* diferentes, de modo que son conceptos estrechamente relacionados. "*Las redes sociales son el entramado formado por las relaciones sociales humanas*" (Wood, 1984, en Díaz Veiga, 1987, p. 130). Obviamente, sin relaciones sociales no hay posibilidades de recibir apoyo social. El *apoyo social* es un concepto multidimensional que se sustancia en apoyo emocional, ayuda instrumental, económica, etc. Justamente estos indicadores, además de los de existencia, cantidad, frecuencia de los contactos sociales y satisfacción subjetiva producida por los mismos, se miden, por ejemplo, a través del *Inventario de recursos sociales en ancianos* (Díaz Veiga, 1985).

Algunas de las variables a evaluar o *indicadores* del apoyo social son los siguientes (Montorio, 1994): a) Existencia, cantidad y frecuencia de contacto con personas significativas. b) Tamaño, densidad y dispersión geográfica de la red social. c) Frecuencia, duración, antigüedad y tiempo invertido en el contacto con las personas significativas. d) Procedencia del apoyo (familia, amigos, compañeros de trabajo). e) Percepción del apoyo como más o menos satisfactorio. Según las dimensiones a evaluar, se seleccionará uno u otro *instrumento*, por ejemplo, la *Escala de recursos sociales (OARS)*, de la Duke University Center (1978).

4.2.3. Problemática evaluadora característica de esta edad

Dadas las características evolutivas diferenciadas de los ancianos, así como

la ya mencionada relativa novedad de su evaluación psicológica, surgen múltiples *problemas e incertidumbres* al respecto. Unos se refieren a los constructos a evaluar, su significatividad y consistencia, otros a las variables que conviene considerar en la evaluación, las técnicas más idóneas a elegir, así como los datos normativos y criterios interpretativos de las informaciones recogidas durante el proceso evaluador.

La *gerontología comportamental* se ocupa del estudio y aplicación a la vejez de principios y métodos desarrollados por la psicología a fin de determinar las variables biológicas, personales y ambientales que provocan, mantienen o controlan los comportamientos (Reig y Fernández-Ballesteros, 1994). Ejemplo de variables *biológicas* son la visión, audición, movilidad...; variables *personales*, la inteligencia, la memoria, la personalidad...; variables *ambientales*, el nivel económico, la disponibilidad de servicios, recursos sociales...

En la vejez no existe un declive *general*, que afecte a todos los sectores, ni éste es *universal* en cuanto que afecte a todas las personas de edad. Es por eso que se requiere perfilar una *gerontología diferencial* que lleve a tener en cuenta las diferencias entre unos viejos y otros, pues no existe *la vejez*, sino individuos viejos diferentes, irrepetibles. La senectud es un proceso *individual* (Lehr, 1988). En consecuencia, "el objeto de la investigación gerontológica no puede ser tan sólo la edad avanzada, sino también el envejecimiento, el *proceso* entero de *envejecer*" (Lehr, 1988, p. 15).

En contra de lo establecido arriba, se ha demostrado empíricamente que existe entre los propios evaluadores una influencia desvirtuadora de la objetividad de juicio asociada a la etiqueta de *anciano*. Significa que por desgracia se dan atribuciones biológicas excesivas sobre el anciano, ignorándose otras variables (socioambientales, principalmente) responsables de que el anciano no pueda desarrollar una vida normal y sana (Langer, 1980, en Fernández-Ballesteros, Souto, González, Izal y Díaz Veiga, 1986).

Las *áreas generales de evaluación* en la vejez son: a) El funcionamiento o competencia física o funcional. b) El funcionamiento mental o competencia psicológica. c) El funcionamiento o competencia afectiva e interpersonal-social. En otras palabras, las *áreas a evaluar* que recomienda la OMS (*Health of the elderly*) son las siguientes: a) Actividades de la vida diaria (movilidad, autocuidado, realización de tareas domésticas...). b) Salud mental (funcionamiento cognitivo, trastornos mentales...). c) Bienestar emocional. d) Salud física. e) Recursos sociales (apoyo social, acceso a los recursos...). f) Recursos económicos. g) Recursos ambientales (situación del hogar y condiciones del mismo...) (Reig y Fernández-Ballesteros, 1994).

La falta de acuerdo acerca de las variables a medir en la vejez va asociada a la falta de acuerdo sobre las *técnicas* más idóneas para realizar las correspondientes mediciones. En cualquier caso, la íntima interrelación existente entre las tres grandes áreas a explorar (biológica, psicológica y social), aconseja efectuar valoraciones *multidimensionales*. Para Kana y Kane (1993) las mediciones más útiles serían de tipo global, en cuanto que permiten valorar la *capacidad general de funcionamiento* que, pese a la reducción de capacidades físicas y mentales y el aislamiento social, posee el anciano.

Aunque obviamente la dificultad de evaluar no sea exclusiva de esta edad, no se pueden ocultar las dificultades que surgen en un campo donde todavía se ha avanzado menos que en otros. En este sentido hay que recordar - en contra del estereotipo actuante - que no existen pautas de respuesta que sean características de *todos* los ancianos, sino que, por el contrario, son mayores las diferencias interindividuales e incluso las diferencias intrasujeto entre los ancianos que entre las personas de menos edad (Montorio, 1994).

Sin pretender - ni mucho menos - agotar las áreas de exploración psicológica del anciano, con intención más bien de ilustrarlo y completar lo ya expuesto al respecto, a continuación se hará alusión a la evaluación del deterioro intelectual, la

ansiedad, la depresión, la demencia, así como del potencial de aprendizaje y, finalmente, la prevención en el anciano.

4.2.3.1. El deterioro intelectual

El modelo *deficitario* general del envejecimiento se basa en la idea de progresivo declive por *deterioro fisiológico*. El *deterioro intelectual* consiguiente es evaluado con tests, como por ejemplo el de Wechsler (*WAIS*). Este modelo deficitario ha sido sometido a *críticas*: a) La inteligencia está compuesta de diferentes aptitudes que alcanzan su punto máximo en momentos diferentes. Al ir en aumento la edad, se da un incremento de todas aquellas facultades que integran la inteligencia *crystalizada* y que implica conocimientos generales, el saber basado en la experiencia, el caudal de vocabulario y la comprensión del lenguaje. b) Este modelo no tiene en cuenta el factor *velocidad*, que decrece en el viejo. c) Depende también de las *dotes iniciales*, la formación escolar, el entrenamiento profesional, el entorno estimulante, el estado de salud, etc. (Lehr, 1988).

El concepto de *deterioro intelectual* se ha definido como "cualquier grado de caída en la ejecución mental respecto a un nivel previo, sea cual sea su causa o naturaleza" (Williams, 1982, p. 49). Causado en lo que nos ocupa por la edad, resultado del proceso normal de envejecimiento. Según se apunta en el DSM-IV (APA, 1994), los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. La categoría de *deterioro cognoscitivo* sólo debe usarse cuando el mismo no sea atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica (trad. cast., p. 699).

Al llegar a la vejez, el desgaste gradual de la madurez va dando paso al *deterioro*. Un deterioro que tiene diversas *vertientes*: física, cognitiva, emocional, social, interrelacionadas, por ejemplo las disminuciones fisiológicas y la pérdida de

estatus... Con todo, hay que tener en cuenta que el proceso de deterioro es *gradual* y *no constante* y que las pérdidas serias suelen estar más vinculadas con la *enfermedad* que con la edad misma (Rappoport, 1986). "Hasta edades muy avanzadas no se encuentra un decrecimiento significativo ni en todas las aptitudes ni en todos los individuos" (Forteza, 1993, p. 45). Tampoco hay que olvidar el *impacto psicológico* del deterioro físico, mental y emocional, que se vive de modo idiosincrásico y que el evaluador habrá de indagar.

Se han enumerado algunos *factores* que tienen que ver con el *estilo de vida* del viejo que afectan a su deterioro intelectual: 1) Expectativas de autoeficacia disminuidas. 2) Atribuciones de fracaso por falta de autoconfianza. 3) Sentimientos de inutilidad y de pérdida de control. 4) Actitudes rígidas (que tienden a desarrollarse a partir de los 60 años). 5) Desinterés hacia la realidad (social, cultural...). 6) Mal estado de salud (enfermedades cardiovasculares...). 7) Entorno empobrecedor y poco estimulante, limitación de ingresos económicos, etc. (Vega y Bueno, 1995).

Destacamos dos procedimientos para la *evaluación del deterioro intelectual*:

* *Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS)*. El análisis del deterioro a través de esta escala exige dividir las puntuaciones de los tests que *se mantienen* (SM) a través de la edad (Información, Comprensión, Rompecabezas, Figuras incompletas y Vocabulario) y los que *no se mantienen* (NSM) (Dígitos, Aritmética, Claves, Cubos y Semejanzas). El índice de *deterioro psicométrico* es el siguiente:

$$ID = (SM - NSM) \times 100 : SM$$

Deterioro psicométrico - deterioro fisiológico = deterioro patológico (Fernández-Ballesteros e Izal, 1992).

* *Cuestionario abreviado sobre estado mental (Short Portable MSQ o SPMSQ)*. Consta de 10 elementos y permite clasificar al anciano en cuatro categorías, desde estado intelectual intacto a gravemente deteriorado. Se trata de un instrumento fundamentalmente de *screening* (Fernández-Ballesteros e Izal, 1992).

4.2.3.2. Evaluación psicopatológica

El fenómeno de la *menopausia*, característico de la etapa previa a la vejez en las mujeres y de base fundamentalmente biológica, podría servirnos para ilustrar gráficamente la *interacción de lo biológico con otras variables psicológicas y sociales*. La interacción es tal que el fenómeno en cuestión "no debe considerarse como una *endocrinopatía*, sino un estadio donde hay cambios importantes no sólo biológicos, sino también psicológicos y sociales que implican una nueva forma de afrontar los acontecimientos y cuyas consecuencias no son necesariamente negativas para la salud física y psíquica" (Sánchez-Cánovas, 1994, p. 38). Aplíquese, pues, esta idea crucial sobre la interacción bio-psico-social, como presupuesto básico de todo tipo de evaluación compleja, a la evaluación de los *trastornos mentales en la vejez*, que es el tema del que a continuación nos ocuparemos.

Contra la opinión de muchos, la incidencia de la enfermedad mental funcional no es mayor entre los *ancianos* que entre el resto de la población, "salvo el mayor riesgo debido a *factores ambientales* que alteran el equilibrio psíquico" (Moragas, 1991, p. 98). Aludiremos a algunos de dichos factores potencialmente desequilibrantes al hablar de la depresión (punto 4.2.3.2.2.).

La multidimensionalidad de los fenómenos psicológicos evaluados no ha de hacernos perder la perspectiva de *globalidad e integración*, observación particularmente útil cuando nos disponemos a analizar brevemente algunas de las *patologías* de la vejez. La ansiedad, la depresión y la demencia, no son radicalmente

separables entre sí, pero tampoco de otras dimensiones relacionadas con ellas, evaluables psicológicamente, aludidas o no en este trabajo.

4.2.3.2.1. Ansiedad

Tal como recordamos en la introducción de este capítulo, la vejez puede considerarse desde dos perspectivas diferentes: *positiva*, la que hace hincapié en su vertiente de maduración emocional, afectiva, social y espiritual, que explica que algunos ancianos gocen - en comparación a los jóvenes - de mayor capacidad de controlar sus emociones, de conducirse con independencia, de conseguir relaciones armónicas y de poseer una visión ponderada del mundo y de la vida (Alonso-Fernández, 1989). Pero no se puede ignorar la otra visión negativa, seguramente más extendida entre la opinión pública.

La visión *negativa* de la vejez la equipara con la decadencia física (enfermedad e invalidez), intelectual (deterioro y demencia), laboral (jubilación), social (soledad) y afectiva (depresión). Esta visión *de los ancianos* afecta a la que los ancianos tienen *de sí mismos*, lo que les aboca a una psicología de grupos minoritarios, marginados (López-Ibor Aliño, 1989).

Así, no es extraño que los ancianos, conocedores y "*sufridores*" de la extendida estigmatización de la vejez (en pugna con la glorificación del ideal de juventud), se dejen de algún modo arrastrar por la idea negativa, cuando no directamente patológica, sobre el *envejecimiento*. Más aún cuando sus condiciones de vida suelen ser precarias. En este contexto es explicable que pueda darse con mayor intensidad en el anciano que en otros sectores de población la *anticipación aprensiva de daño o desgracia*, de *incertidumbre* respecto a su seguridad presente y de futuro, con la consiguiente *disforia* y *síntomas somáticos de tensión*, que en esto consiste la *ansiedad* al fin y al cabo.

Los casos de *trastornos por ansiedad* en ancianos se ajustan por lo común a la clasificación general (véase DSM-IV). Sin embargo, el envejecimiento aumenta la probabilidad de que se acompañe de algún trastorno físico. En este supuesto, el *solapamiento* entre los síntomas del trastorno físico y los de la ansiedad hace más difícil el diagnóstico diferencial.

A los componentes *emocional* (miedo, tensión, aprensión...) y *conductual* (quejas, distractibilidad, búsqueda de seguridad...) de la ansiedad se añade, especialmente en los ancianos, un componente *somático*. Los síntomas somáticos de la ansiedad son tanto subjetivos (palpitaciones, mareos, cefaleas...) como objetivos (temblores, taquicardia, sudoración...). Dichos síntomas han de *diferenciarse* de los producidos por enfermedades físicas, lo cual no siempre es fácil (Gurland y Meyers, 1989).

La *prevalencia* de trastornos de ansiedad en la población general es de aproximadamente el 10% en ancianas y aproximadamente la mitad en ancianos. La mayoría de trastornos son de tipo fóbico, especialmente *agorafobias*. En este sentido, la ansiedad fóbica suele quedar, a veces, encubierta como una incapacidad del anciano (Gurland y Meyers, 1989).

Los *instrumentos de evaluación* de los trastornos de ansiedad todavía no han sido suficientemente adaptados a la población de ancianos por lo que se utilizan los disponibles para adultos, por supuesto adaptados a las circunstancias especiales propias de este sector de población en general y de cada anciano evaluado en particular. Orientativamente, pueden consultarse al respecto Comeche, Díaz y Vallejo (1995), Echeburúa (1993c, 1993d) y Miguel-Tobal (1995).

Un capítulo específico del estudio de la ansiedad en la vejez es el que la relaciona con las *enfermedades orgánicas*. La ansiedad es un componente de muchas enfermedades somáticas (cardiopatías, entre otras) y sus manifestaciones pueden ser muy variables (Shine, 1987). Entre otros efectos, el trastorno ansioso provoca

hiperventilación, la cual puede causar síntomas físicos. Algunos de los *efectos* de la ansiedad aludidos por el recientemente citado autor son: taquicardia, alteración de la tensión, parestesias, insomnio, vértigo, etcétera. La ansiedad es susceptible de exacerbar el cuadro clínico e interferir en la recuperación del paciente.

4.2.3.2.2. Depresión

Los *signos de envejecimiento* se extienden a esferas distintas, como la sexual (declinación del impulso...), la de imagen corporal (arrugas en la piel, calvicie...), actitudinal (resistencia a la adaptación a los cambios, disminución de la curiosidad...), intelectual (declive de la memoria, deterioro fisiológico de la inteligencia...) y social (declive asociado a la jubilación...). Una de las consecuencias posibles de todos estos efectos es que la *depresión* es una forma frecuente de alteración psíquica en la edad presenil y senil (Castilla del Pino, 1982). Pero ante todo es la *salud física* el primer mediador de las relaciones entre edad y *salud mental* (Roa, 1995).

La depresión es una *disfunción afectiva* pero incluye también aspectos cognitivos y conductuales, de modo que es *multimodal* y, por lo tanto, el enfoque para su evaluación ha de ser preferiblemente *multidimensional*. Entre las manifestaciones emocionales más frecuentes están las autoverbalizaciones negativas, la baja autoestima, el pesimismo, el aislamiento social y los deseos de morir (Fernández-Ballesteros e Izal, 1992). La relación del trastorno cognitivo y la depresión hace que la constatada vulnerabilidad del anciano para la depresión puede venir dada por la distorsión sistemática presente a esta edad (Perris, 1986, en Alonso-Fernández, 1988).

En torno a la depresión la terminología para describirla ha sido tradicionalmente bastante confusa, pasando de ser considerada *trastorno afectivo* (DSM-III) a *trastorno del estado de ánimo* (DSM-III-R y DSM-IV). Hay que resaltar que todavía está por hacer en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno*

mentales una valoración diferencial de los trastornos al final del ciclo vital, así como ya ofrece especificaciones para los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Esa misma laguna de criterios estándar de diagnóstico para la población anciana la encontramos en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Estamos por tanto ante indicios relevantes del atraso que arrastra el campo de la evaluación/diagnóstico en la vejez.

Una de las pocas alusiones que ofrece el *DSM-IV* específica para la vejez es - en la parte final (*Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica*) - el apartado brevísimo sobre *Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad*.

La evaluación de la depresión en el anciano deviene *problemática* por razones de tipo: a) Teórico (conceptualización ambigua del término *depresión* y los elementos para acotarlo). b) Aplicado (complejidad de algunas escalas, carencia de normativización adecuada, escasa validez de constructo de los instrumentos...) (Fernández-Ballesteros e Izal, 1992). Una dificultad más que ofrece la evaluación de la depresión en los ancianos es la de diferenciar cabalmente los síntomas propios de la *edad* de otros síntomas *somáticos* asociados con el estado *depresivo* (De Paúl, Cabarcos y Larrión, 1986). Para la *clasificación* de las depresiones y su *caracterización*, nos remitimos orientativamente a los *criterios* marcados para la población adulta en el *DSM-IV*.

Sin embargo, la depresión sería un *continuum* entre el estado de ánimo normal y el patológico, cuya descripción debería basarse más en criterios *cuantitativos* que cualitativos, en cuya ayuda surgen los *instrumentos de medida* de la depresión generales: *Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (SDS)* (Zung, 1965) y el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck et al., 1961).

A pesar de que existe una versión del BDI modificada para su uso con ancianos (Fernández-Ballesteros, 1983b), la ventaja de la *Escala de Depresión Geriátrica (GDS)* (Brinck et al., 1982) es que - a diferencia de las anteriores - ha

sido creada para su uso con ancianos. Esta escala consta de 30 elementos a los que el sujeto responde afirmativa o negativamente y en los que se distingue acertadamente entre indicadores somáticos de depresión y manifestaciones físicas normales en la vejez (véase la versión castellana del original en Reig y Fernández-Ballesteros, 1994, p. 758, así como las modificaciones introducidas - reducción a 20 ítems, etcetera - y adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española, de Pérez Almeda et al., 1990).

González Sánchez (1985, págs. 263-4) presenta un esquema de las principales técnicas e instrumentos de evaluación en ancianos depresivos (diagnóstico diferencial y análisis funcional de conducta).

4.2.3.2.3. Demencia

La frecuencia de trastornos mentales orgánicos como la *demencia* parecen incrementarse en la actualidad (Roa, 1995). La demencia es un grave trastorno cognoscitivo, una más entre la multiplicidad de *patologías* que pueden darse, aislada o concurrentemente, en el anciano y que clasificamos del modo siguiente: a) Sistémicas (hipertensión, diabetes...). b) Sensoriales (sordera, disminución visual...). c) Neurológicas (enfermedades cerebrales incipientes...). d) Psicológicas (pérdida de seres queridos, depresión...). e) Sociales (pérdida de empleo, aislamiento social...).

La característica esencial de la demencia - según el DSM-IV - es el desarrollo de múltiples *déficits cognoscitivos que incluyen deterioro de la memoria y al menos una de las alteraciones cognoscitivas siguientes: afasia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución.*

Los *criterios establecidos por el DSM-IV para establecer el diagnóstico de demencia* son: 1) Deterioro precoz y prominente de la memoria. 2) Que constituya un estado de conciencia habitual (para diferenciarla del delirio). 3) Deterioro de al

menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia, alteración de la capacidad de ejecución. 4) Tan grave que interfiera de forma significativa las actividades laborales y sociales. 5) Que suponga un déficit respecto al nivel previo de actividad. El mismo DSM-IV sugiere sencillas pero precisas formas de *examen* para la evaluación de cada uno de los criterios enumerados.

Otros trastornos asociados con la demencia son (DSM-IV): 1) Desorientación espacial. 2) Pobreza de introspección y juicio crítico. 3) A veces, alteraciones de la marcha que provocan caídas. 4) Descuido del aspecto personal y la higiene. 5) Ideas delirantes. 6) Vulnerabilidad a los factores estresantes.

Son múltiples las *causas* de demencia, la más frecuente la enfermedad de *Alzheimer* (con los correspondientes criterios de diagnóstico establecidos). Se estima que el 2-4% de la población mayor de 65 años padece demencia tipo Alzheimer (de inicio tardío), siendo otros tipos de demencia mucho menos frecuentes. La prevalencia de la demencia tipo Alzheimer aumenta con la edad, en especial después de los 75 años. La edad de inicio de la *demencia* en general depende de la etiología, pero habitualmente es tardía, con mayor prevalencia por encima de los 85 años.

Es importante que el evaluador distinga bien la *demencia* del deterioro fisiológico de las funciones cognoscitivas propias del *envejecimiento*. En todo caso, las manifestaciones primarias de la demencia son intelectuales, por lo que su diagnóstico pasa necesariamente por una evaluación cognitiva, junto a otras evaluaciones (Fernández-Ballesteros e Izal, 1992). Ejemplo de instrumento estandarizado para el diagnóstico diferencial del deterioro intelectual y de la demencia es el *CAMDEX (Examen Cambridge de Trastornos Mentales para Ancianos)*, de Roth, Huppert, Tym y Mountjoy (1988). Permite diferenciar entre demencia senil tipo Alzheimer y otras, así como estimar el índice de severidad. Consta de una variedad de procedimientos combinados (entrevistas estructuradas, con el sujeto y con un familiar, examen del funcionamiento cognitivo, protocolo de observación, examen físico-neurológico) (Fernández-Ballesteros e Izal, 1992).

El *Mental Status Questionnaire* y el *Mini Mental Status Examination*, son ejemplos de tests para la evaluación del deterioro cognoscitivo, sencillos de aplicar, que evalúan la orientación, memoria a corto plazo, aprendizaje, afasia y apraxia. Por sí mismos, sin embargo, son insuficientes para establecer el *diagnóstico* de demencia. Las baterías neuropsicológicas son, a este fin, instrumentos más completos (Gurland y Meyers, 1989).

4.2.3.3. Evaluación del potencial de aprendizaje

Está muy extendida la idea de que la evaluación del cambio y en concreto la *evaluación del potencial de aprendizaje* es una tarea importante, pero circunscrita a las primeras fases del desarrollo del ciclo vital (punto 4.1.3.4.). Sin embargo, este prejuicio está desapareciendo paulatinamente en la medida en que se acepta que *la vejez* es también una etapa de la vida donde los *aprendizajes* continúan y donde los *cambios* perviven y es bueno que así sea.

La *inteligencia cristalizada*, a diferencia de la *fluida*, no se ve necesariamente afectada por el proceso de decrecimiento que se inicia en torno a los 25 años y se acelera en la vejez. Por otra parte, la plasticidad de la inteligencia permite al anciano *compensar* algunos de los déficits producidos por el paso de los años (Baltes y Baltes, 1980, en Calero y Lozano, 1994).

Se pueden enumerar de una forma sintética las mermas en el proceso de aprendizaje en los ancianos, los cuales podrían afectar (Lehr, 1988): 1) A la percepción de las situaciones. 2) A la retentiva próxima. 3) A la formación de una huella persistente. 4) A la conservación de dicha huella. 5) Al reconocimiento de una nueva situación que exija la evaluación del material captado. 6) A la actualización del material de la memoria. 7) Al desencadenamiento de la reacción.

Frente a estas mermas y limitaciones, se impone indagar las maneras de propiciar mejoras en el *aprendizaje de los ancianos*. De nuevo de forma sintética y siguiendo al mismo autor (Lehr, 1988), tenemos que los ancianos en general aprenden mejor: 1) Cuando el material está dotado de sentido. 2) Sin la presión del tiempo. 3) Si se acrecientan las repeticiones. 4) Si se refuerza su seguridad. 5) Si el material se presenta ordenado claramente. 6) Globalmente que por partes. 7) Si están habituados a ello. 8) Con buena salud. 9) Motivados (con favorable disposición para captar y retener una materia).

A partir de diferentes investigaciones sobre *el aprendizaje de los ancianos*, comparado con el de los jóvenes, se llega a los principales resultados siguientes (Calero y Lozano, 1994): a) En las distintas tareas utilizadas los ancianos consiguen mejoras significativas de su ejecución tras el entrenamiento. b) Existe la posibilidad de que los ancianos, con un tratamiento extensivo sobre la tarea, consigan niveles de ganancias finales similares a los de los jóvenes. c) Con la edad se mantiene o aumenta la puntuación de tareas verbales en aquellos problemas que requieren búsqueda rápida de información y estrategias de procesamiento flexibles bajo cambios rápidos en condiciones y tareas. d) Son las tareas próximas a inteligencia fluida las que más aprecian los efectos del entrenamiento sistemático.

Por consiguiente, *con entrenamiento sistemático pueden mejorarse en el anciano aquellas habilidades que se deterioran con la edad, supuestamente relacionadas con la inteligencia fluida*, en concreto aquellas que requieren la flexibilidad de aplicación de una estrategia sistemática (Calero y Lozano, 1994, p. 99). "Los ancianos pueden *aprender, reaprender y mantener ciertas habilidades y recursos* que les hagan más autónomos, eficaces y competentes psicossocialmente" (González Sánchez, 1985, p. 242). Estos hallazgos abren unas expectativas altamente prometedoras de cara a la aplicación de programas de rehabilitación y/o prevención del deterioro intelectual en la tercera edad.

4.2.3.4. La prevención

Uno de los objetivos de la evaluación psicológica - también en la vejez - es el de cubrir la función *preventiva* orientada a discriminar a los sujetos con alto riesgo de padecer trastornos y así poder realizar con ellos intervenciones profilácticas (Fernández-Ballesteros y González, 1983). La Organización de Naciones Unidas (ONU), en la *Conferencia Mundial sobre Envejecimiento* celebrada en 1982, planteó una serie de recomendaciones, entre ellas la de adoptar medidas *preventivas* en relación con la *enfermedad* pero también con los *déficits comportamentales* (Fernández-Ballesteros, 1985b).

En el ámbito médico - y cada vez más también en el psicológico y otros - se insiste en la necesidad de extender a la vejez el concepto de *prevención* y de maximización de su capacidad de funcionamiento, ya que la terapia se hace más difícil en esa etapa, abundan las enfermedades de naturaleza crónica y son menores los conocimientos específicos que se poseen sobre el envejecimiento, enfermedades y trastornos de todo tipo de los viejos (Moragas, 1991).

Los tres *tipos de prevención* establecidos por Caplan (punto 4.1.3.5.) son asimismo de aplicación en la vejez y en etapas previas a la vejez. Principalmente los programas de *prevención primaria* (o *prevención* propiamente dicha) los cuales han de iniciarse antes de llegar a la vejez e incluyen objetivos como la adopción de hábitos saludables (en relación con el tabaco, alcohol, nutrición, actividad física...). Otros ejemplos de intervenciones puntuales de prevención de la salud son la inmunización a la gripe, la prevención de lesiones y accidentes, de la osteoporosis, etcétera. Antes de aplicar a ciegas medidas de prevención, se requiere haber demostrado la eficacia de las mismas. Sólo de ese modo, al contar con las debidas garantías, se justifica su empleo.

En la práctica, durante la vejez y conforme aumenta la edad de las personas mayores, las formas de prevención secundaria y terciaria aumentan su presencia. La *prevención secundaria* supone el tratamiento de los problemas tan pronto como aparecen. Su temprana localización exige realizar chequeos médicos (diabetes, deterioros sensoriales, hipertensión, cáncer...) y psicológicos (estrés, ansiedad, problemas cognitivos, depresión...), a fin de que el diagnóstico precoz permita la intervención rápida.

La *prevención terciaria* incluye la *rehabilitación* de los déficits físicos, cognitivos y funcionales, los apoyos para evitar la pérdida de autonomía, el control del dolor y la atención a los trastornos psicológicos, en lo posible evitando la institucionalización del anciano (Vega y Bueno, 1995).

Entre los *finés* últimos de la evaluación e intervención psicológica en la vejez se destacan (Reig y Fernández-Ballesteros, 1994): 1) La prevención de discapacidades. 2) La maximización de la autonomía personal. 3) La optimización de la competencia biológica, comportamental y social. 4) El mantenimiento o mejora de la calidad de vida.

Se ha hecho alusión a la *competencia social*, la cual en esta etapa tiene una relevancia especial. La propuesta de impulsar la salud de los ancianos pasa, entre otras claves, por la de estimular su *actividad* con el fin de evitar todo tipo de deterioros (físico, intelectual, social también). A tal fin la prevención conduce a identificar a los ancianos carentes de habilidades sociales (4.2.2.2.1.) y apoyo social (4.2.2.2.2.) para tomar medidas que fortalezcan sus *recursos sociales* (Roa, 1995). La simple posibilidad de romper su soledad y facilitarle al anciano contar con alguna compañía, en lo posible con algún confidente al que trasladar sus preocupaciones y contar los problemas, es un factor importante para prevenir las repercusiones negativas del estrés en el anciano (López-Ibor Aliño, 1989).

Otro ejemplo que sirve para ilustrar la idea de prevención aplicada al anciano, dentro de la psicología de la salud, es el de la preparación para la *jubilación*. En este sentido, desde el paradigma de prevención proactivo-evolutivo-ecológico que plantean Winett, Riley, King y Altman (1993), se sugiere - entre otras actuaciones - la movilización de las *habilidades personales* (impulso de intereses, compromisos, participaciones varias), *interpersonales* (desarrollo de la habilidad social, vinculación a redes sociales), *ambientales* (valoración del anciano por parte del entorno) e *institucionales* (políticas de participación y bienestar de los ancianos). La *teoría de la actividad* - opuesta a la de la *desvinculación*, de Cumming y Henry - establece que *a más actividad y una mayor integración social, más satisfacción* encontrará el jubilado (Cuchillo, Forteza, Linares, Puelles y Burgaleta, 1990).

Tal vez lo más necesario, aún hoy día, sea el *cambio de actitud* de los agentes sociales, incluidos los profesionales de la salud, de mentalizarse en la necesidad no sólo de atender al anciano, sino de atenderle *preventiva y pluridisciplinariamente* (Gurland y Meyers, 1989). Por un lado es un hecho que la salud y el comportamiento en la vejez van de la mano hasta formar un *binomio inseparable* (Reig y Fernández-Ballesteros, 1994). Por otro, los diferentes tipos de *prevención* que se han preconizado en este apartado final, exigen cambiar la perspectiva de lo patológico a lo normal-saludable y efectuar lo que se ha dado en llamar *exámenes periódicos de salud* (Fletcher, Fletcher y Wagner, 1989).

Conclusión

En este último capítulo hemos pretendido ofrecer una panorámica *sintetizada* de la problemática que surge en el campo de la *evaluación en la infancia, adolescencia y vejez*. A la descripción de las que consideramos *características* más relevantes de la evaluación de estas poblaciones especiales, se han añadido algunas *directrices* metodológico-técnicas. Por otra parte, hemos analizado algunos *problemas* típicos de la evaluación en el mundo de la infancia y adolescencia (la mediatización

ambiental especialmente intensa en la infancia, el diagnóstico psicopatológico, el retraso mental) y en la vejez (funcionamiento y deterioro intelectual, habilidades y apoyos sociales, la ansiedad, depresión y demencia). Finalmente, se han tocado los temas de la evaluación del potencial de aprendizaje, así como el de la prevención, en sus vertientes aplicadas tanto a la infancia y adolescencia como a la vejez.

Se ha tratado de tener presente en todo momento la idea de la necesaria *conexión de la evaluación con la intervención* (preventiva, terapéutica, rehabilitadora...), la apertura a modelos diferentes, y la apuesta por seguir las directrices del *multimetodismo* y la *multidisciplinaridad*, reivindicadas especialmente en el capítulo segundo de este trabajo.

Queda mucho por desarrollar y mejorar en lo que atañe a la evaluación psicológica aplicada en las poblaciones de *la infancia, adolescencia* y *vejez*. Junto a una comunidad de conocimientos respecto a la evaluación psicológica de adultos, se requiere avanzar en la depuración de criterios, técnicas e instrumentos debidamente adaptados a las características *diferenciales* que marcan estas distintas etapas evolutivas. Los evaluadores preocupados por afinar cada día su labor y especializarse en el ejercicio de su tarea como evaluadores psicológicos, no pueden permanecer al margen de estos objetivos.

CONCLUSION GENERAL

CONCLUSION GENERAL

La **Evaluación psicológica** está teniendo un auge y presencia relevantes en el panorama en expansión de la *psicología aplicada* actual. Cualquiera que sea el *modelo* desde el que se trabaje (con algunas escasas y matizadas excepciones, como el fenomenológico), los *métodos* que se utilicen y los *objetivos* propuestos, prevalece la idea de que la tarea de evaluar es imprescindible.

El reconocimiento de la necesidad de efectuar la evaluación se ha extendido al afianzarse la convicción de que es preciso *evaluar también los resultados del tratamiento* (de la intervención, de los *cambios* en general). Y aún más, en la medida en que últimamente se está demandando del psicólogo que, integrado en equipos multiprofesionales, colabore como experto en la *valoración de ambientes y programas*.

Aunque no somos partidarios de subestimar la importancia de trabajar desde un *marco teórico y metodológico* de referencia suficientemente bien definido, la Evaluación psicológica hoy se está configurando como una actividad profesional en cuya conformación se tiende a huir del encorsetamiento de modelos teóricos y metodologías rígidos. El ejemplo de la evolución sufrida por el modelo de evaluación conductual desde sus orígenes a su estado actual (por la influencia, entre otras, del cognitivismo) conduce a que se la asocie más a los aspectos *metodológicos* que a los *conceptuales* propiamente dichos (Echeburúa, 1993).

La evaluación consiste en un *proceso de toma de decisiones* (Tack, 1979) que, a su vez, apunta al objetivo principal de facilitar la *toma de decisión final*, la misma que justifica que se lleve a cabo la evaluación previa (Godoy y Silva, 1992). Así, evaluación e intervención se hallan íntimamente *relacionadas* y de hecho el momento evaluador retornará en la fase última con el objetivo de valorar los *efectos de dicha intervención*. Esto significa que, en ocasiones, se hace necesario ampliar a una cuarta

las tres preguntas planteadas por Westmeyer (1979) para materializar el proceso de toma de decisiones en que consiste la evaluación. Es decir, la cadena de *cuál es el problema, a qué se debe y qué se puede hacer* para darle solución, procede completarla con el *cómo se ha hecho* (el tratamiento o intervención en general).

En este sentido, la supuesta eficacia o ineficacia del tratamiento, con ser en sí mismo un dato de interés, no sustituye a la *evaluación post-tratamiento*, sino que la necesidad de ésta abona aún más la idea de la estrecha complementariedad entre evaluación y tratamiento. En todo caso, la propuesta anterior deberá ser *modulada* en función del tipo de objetivos planteados (descripción, clasificación, predicción, explicación...).

En cuanto a la adscripción al *enfoque tradicional* o el de *evaluación conductual*, desde el punto de vista práctico será de nuevo el objetivo marcado la pauta más orientativa. Si éste fuera *descriptivo y/o predictivo*, nos inclinaríamos por el enfoque tradicional, mientras que si fuera de *explicación y/o modificación*, la evaluación conductual, tal como se concibe en el momento actual podría ser más conveniente, sin que por eso se excluyan como válidas otras alternativas (Fernández-Ballesteros, 1983). En cualquier caso, creemos en las ventajas del enfoque *multimétodo* y en la necesidad de adoptar una perspectiva *comprehensiva, integradora e individualizadora*.

Estos últimos años se aprecia una tendencia a la *confluencia* de los conocimientos, metodología e instrumentos de evaluación psicológica, con independencia de la orientación teórica de donde provengan (Silva, 1989, Mahoney, 1994). Como ejemplo de dichos *flujos integradores*, se puede aludir a las distintas aportaciones a la evaluación psicológica en general del enfoque conductual, como el desarrollo de los diseños de caso único, la metodología observacional, los registros psicofisiológicos y los autoinformes específicos. Y cómo a su vez dicho modelo se ha enriquecido con la decisiva influencia recibida del cognitivismo, etc., lo que ciertamente le ha llevado a una *crisis* donde está por hacer la integración entre sus

fundamentos teóricos y los nuevos componentes metodológico-tecnológicos adoptados (Fernández-Ballesteros, 1993c).

Justamente en el esquema de *proceso de evaluación* que seguimos en este trabajo (Silva, 1988, modificado), se ejemplifica la tendencia *convergente* apuntada entre los enfoques tradicional y conductual, así como la intención que hemos manifestado reiteradas veces en este trabajo de enfilarse hacia una manera general - lo más consensuada posible - de entender aquello en que consiste y los procedimientos a seguir en la *Evaluación psicológica*.

De ser alcanzado, el deseo que se acaba de formular facilitaría la comunicación e intercambio de los conocimientos y el consiguiente progreso de esta disciplina. Sería sobre esa base común donde mejor se sustentarían las especializaciones que la complejidad y la diversidad de ámbitos, problemas y poblaciones a las que la evaluación se aplica, están demandando socialmente. A ilustrar someramente acerca de la complejidad que nace de razones evolutivas y a dibujar algunos rasgos del perfil de las correspondientes especialidades, es a lo que ha intentado responder el último capítulo sobre evaluación en la infancia, adolescencia y vejez.

Consideramos que muchos de los conocimientos de esta disciplina son de utilidad *general* dentro de la Evaluación psicológica. En cambio, otros son *específicos* de contextos, problemáticas, poblaciones especiales y de las correspondientes estrategias, instrumentos y demás *peculiaridades* que los constituyen en verdaderas *especialidades*, por más que todavía unas estén más reconocidas como tales e implementadas que otras. En pocas palabras, el desafío en este ámbito se cifraría, en última instancia, en tratar de profundizar en el conocimiento, *llegar* al individuo y prestarle el mejor servicio psicológico posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACHENBACH, T. M. y EDELBROCK, C. (1993). Diagnóstico, taxonomía y evaluación. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca (orig. 2ª ed., 1989).
- AGUADO, A. L. (1995). **Historia de las deficiencias**. Madrid: Escuela Libre Editorial.
- AGUADO, A. L. y ALCEDO, M. A. (1995a). Las personas con discapacidad física. En M. A. Verdugo (Ed.). **Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**. Madrid: Siglo XXI.
- AGUADO, A. L. y ALCEDO, M. A. (1995b). La intervención en discapacidad física. En M. A. Verdugo (Ed.). **Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**. Madrid: Siglo XXI.
- AJURIAGUERRA, J. y MARCELLI, D. (1982). **Manual de Psicopatología del niño**. Barcelona: Toray-Masson.
- ALONSO, J. (1992). Evaluación del potencial de cambio intelectual, aptitudinal y del aprendizaje. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Introducción a la Evaluación psicológica I**. Madrid: Pirámide.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1989). El proceso de envejecimiento. En J. M. Ribera (Ed.). **Patología neurológica en geriatría. Clínicas Geriátricas V**. Madrid: Editores Médicos.
- ALVAREZ MENDEZ, J. M. (1986). Investigación cuantitativa/ Investigación cualitativa: ¿una falsa disyuntiva?. Introducción a la ed. cast. de T. D. Cook y Ch. S. Reichardt. **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa**. Madrid: Morata.
- ALVAREZ VILLAR, A. (1972). **Introducción al Psicodiagnóstico clínico**. Madrid: Aguilar.
- ALVIRA, F. (1982). La perspectiva cualitativa y cuantitativa en las investigaciones sociales. **Estudios de Psicología**, 15, 515-527.
- ALVIRA, F., AVIA, M. D., CALVO, R. y MORALES, J. F. (1980). **Los dos métodos de las ciencias sociales** (2ª ed.). Madrid: C.I.S.

- ALZATE, R. (1993). El desarrollo desde el punto de vista neoconductista. En E. Arranz (Ed.). **El desarrollo psicológico del niño**. San Sebastián: Facultad de Psicología UPV.
- ALLPORT, G. W. (1962). The general and the unique in psychological science. **Journal of Personality**, **30**, 405-421.
- ALLPORT, G. W. (1977). **La personalidad. Su configuración y desarrollo**. Barcelona: Herder (orig., 1961).
- AMELANG, M. y BARTUSSEK, D. (1986). **Psicología diferencial e investigación de la personalidad**. Barcelona: Herder (orig., 1981).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). **DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4th. ed.). Washington: APA (trad. Masson, 1995).
- ANASTASI, A. (1966). **Psicología diferencial**. Madrid: Aguilar (orig. 3ª ed., 1958).
- ANASTASI, A. (1967). Psychology, psychologists, and psychological testing. **American Psychologist**, **22**, 297-306.
- ANASTASI, A. (1973). **Los tests psicológicos**. Madrid: Aguilar (orig. 3ª ed., 1968).
- ANASTASI, A. (1988). **Psychological Testing** (6ª ed.). New York: McMillan.
- ANGUERA, M. T. (1978). **Metodología de la observación**. Madrid: Cátedra.
- ANGUERA, M. T. (1981a). La observación (I): Problemas metodológicos. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carroble (Eds.). **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.
- ANGUERA, M. T. (1981b). La observación (II): Situaciones naturales y de laboratorio. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carroble (Eds.). **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.
- ANGUERA, M. T. (1985). Posibilidades de la metodología cualitativa versus cuantitativa. **Revista Investigación Educativa**, **3**, **6**, 127-144.
- ANGUERA, M. T. (1986a). La investigación cualitativa. **Educación**, **10**, 23-50.
- ANGUERA, M. T. (1986b). Observación. En S. Molina (Ed.). **Diccionario Temático de Educación Especial** (vol.1). Madrid: CEPE.

- ANGUERA, M. T. (1987). Mapas conductuales y cognitivos. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **El ambiente. Análisis psicológico**. Madrid: Pirámide.
- ANGUERA, M. T. (1990). Avances metodológicos en evaluación. En F. Silva (Ed.). **Tendencias recientes en la metodología de la evaluación psicológica**. Valencia: Actas I Congreso Colegio Oficial de Psicólogos.
- ANGUERA, M. T. (Ed.) (1991). **Metodología observacional en la investigación psicológica**. Barcelona: PPU.
- ANGUERA, M. T. (1994). Metodología observacional en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Evaluación conductual hoy**. Madrid: Pirámide.
- ARDILA, R. (1986). La evaluación comportamental como alternativa al diagnóstico psiquiátrico tradicional. **Revista Mexicana de Psicología**, 2, 1, 62-69.
- ARNAU, J. (1978). Conceptos básicos de la investigación experimental. En J. Arnau (Ed.). **Métodos de investigación en las ciencias humanas**. Barcelona: Omega.
- ARNAU, J. (1978b). La importancia de la observación en la investigación científica. En J. Arnau (Ed.). **Métodos de investigación en las ciencias humanas**. Barcelona: Omega.
- ARNAU, J. (1982). La explicación en psicología experimental: del conductismo al cognitivismo (una alternativa paradigmática). En I. Delclaux y J. Seoane (Eds.). **Psicología cognitiva y procesamiento de la información**. Madrid: Pirámide.
- ARNAU, J. (1994). Diseños experimentales de caso único. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Evaluación conductual hoy**. Madrid: Pirámide.
- ATO, M., QUIÑONES, E., ROMERO, A. y RABADAN, R. (1989). Evaluación de programas. Aspectos básicos. **Anales de Psicología**, 5, 1-2, 1-12.
- AVIA, M. D. (1978). Consistencia intrapsíquica o especificidad situacional. **Análisis y Modificación de Conducta**, 4, 111-128.
- AVIA, M. D. (1984). La psicología como ciencia. En M. D. Avia (Ed.). **La psicología como ciencia**. Madrid: Ayuso.
- AVIA, M. D. y MARTIN, J. (1985). Cambio y continuidad en la personalidad. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.). **Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud**. Madrid: Alianza.

- AVILA, A. (1986). **Evaluación psicológica clínica (I). Bases conceptuales y metodológicas.** Madrid: Mimeo.
- AVILA, A. (1987). Aproximación a los modelos y enfoques de la evaluación psicológica clínica contemporánea. En A. Avila y C. Rodríguez (Eds.). **Psicodiagnóstico clínico.** Bilbao: DDB.
- AVILA, A. (1989). La Psicología clínica en España: perspectivas de una década. **Papeles del Psicólogo**, 36/37, 84-89.
- AVILA, A. (1992). Las tareas y el proceso de la evaluación clínica. En A. Avila (Ed.). **Evaluación en Psicología Clínica I.** Salamanca: Amarú.
- BANDURA, A. (1969). **Principles of behavior modification.** New York: Rinehart and Winston (trad. Sígueme, 1983).
- BANDURA, A. (1977). **Social learning theory.** Englewood Cliffs: Prentice-Hall (trad. Espasa-Calpe, 1982).
- BANDURA, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. **American Psychologist**, 33, 344-358.
- BANDURA, A. (1987). **Pensamiento y acción.** Barcelona: Martínez Roca (orig., 1986).
- BARLOW, D. H. y HERSEN, M. (1988). **Diseños experimentales de caso único.** Barcelona: Martínez Roca (orig., 1984).
- BARTOLOME, M. (1978). Estudios de las variables en la experimentación educativa. En J. Arnau (Ed.). **Métodos de investigación en las ciencias humanas.** Barcelona: Omega.
- BARRIOS, B. A. (1993). La naturaleza cambiante de la evaluación conductual. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.). **Manual práctico de evaluación de conducta.** Bilbao: DDB (orig., 1990).
- BEHAR, J. y RIBA, C. (1993). Sesgos del observador y de la observación. En M. T. Anguera (Ed.). **Metodología observacional en la investigación psicológica (vol. 2): Fundamentación.** Barcelona: P. P. U.
- BELLACK, A. S. y HERSEN, M. (Eds.) (1993). **Manual práctico de evaluación de conducta.** Bilbao: DDB (orig., 1990).
- BEM, D. J. y ALLEN, A. (1974). On predicting some of the people some of the time: The search for cross-situational consistencies in behavior. **Psychological Review**, 81, 6, 506-520.

- BENEDET, M. J. (1991). **Procesos cognitivos en la deficiencia mental**. Madrid: Pirámide.
- BERMUDEZ, J. (1981). Personalidad y medio ambiente. En F. Jiménez Burillo (Ed.). **Psicología y Medio Ambiente**. Madrid: CEOTMA.
- BERMUDEZ, J. (1984). Los métodos en la psicología de la personalidad. En J. F. Morales(Ed.). **Metodología y teoría de la psicología** (tomo 2). Madrid: UNED.
- BERNARD, C. (1976). **Introducción al estudio de la Medicina Experimental**. Barcelona: Fontanella (orig., 1965).
- BERNSTEIN, D. A. y NIETZEL, M. J. (1982). **Introducción a la psicología clínica**. México: McGraw-Hill (orig., 1980).
- BINET, A. (1886). **La psychologie du raisonnement**. París: Alcan.
- BINET, A. (1903). **L'étude expérimentale de l'intelligence**. París: Schleicher Frères.
- BINET, A. (1911). **Les idées modernes sur les enfants**. París: Flammarion.
- BINET, A. y SIMON, T. (1905). Méthodes nouvelles pour le Diagnostic du Niveau Intellectuel des Anormaux. **L'Année Psychologique**, 11, 191-244.
- BLANCO, A. (1981). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.). **Evaluación conductual**. Madrid: Pirámide.
- BLANCO, A. (Ed.) (1988). **Apuntes de diagnóstico clínico**. Valencia: Promolibro.
- BLANCO, A. y ANGUERA, M. T. (1991). Sistemas de codificación. En M. T. Anguera (Ed.). **Metodología observacional en la investigación psicológica** (vol. 1). Barcelona: PPU.
- BLEGER, J. (1972). **Psicología de la conducta**. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- BORING, E. G. (1978). **Historia de la psicología experimental**. México: Trillas (orig., 1950).
- BOWERS, K. S. (1973). Situationism in Psychology: an analysis a critique. **Psychological Review**, 80, 307-336.

- BRICKENKAMP, R. (1982). Diagnóstico mediante tests. En T. Herrmann (Ed.). **Conceptos fundamentales de psicología**. Barcelona: Herder (orig., 1977).
- BUELA-CASAL, G., CABALLO, V. E. y SIERRA, J. C. (Eds.). **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Siglo XXI.
- CALERO, M. D. y LOZANO, M. A. (1994). La evaluación del potencial de aprendizaje en ancianos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, **47**, **1**, 89-100.
- CALONGE, I. (1992). Diagnóstico y evaluación infantil. En A. Avila y C. Rodríguez (Eds.). **Psicodiagnóstico Clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas**. Madrid: Eudema.
- CAMDESSUS, B. (1996). **Crisis familiares y ancianidad**. Barcelona: Paidós.
- CAMPBELL, S. B. (1993). Psicopatología y desarrollo. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca (orig. 2ª ed., 1989).
- CAMPBELL, D. T. y STANLEY, J. (1973). **Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social**. Buenos Aires: Amorrortu (orig., 1963).
- CAMPIONE, J. C., BROWN, A. L. y FERRARA, R. A. (1987). Retraso mental e inteligencia. En R. J. Sternberg (Ed.). **Inteligencia humana II. Cognición, personalidad e inteligencia**. Barcelona: Paidós (orig., 1982).
- CAMPLLONCH, J. M. (1981). Evaluación del retraso mental. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carroble (Eds): **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.
- CAPAFONS, J. I., SOSA, C. D., ALCANTUD, F. y SILVA, F. (1986). La Información Diagnóstica General: Una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, **2**, **3**, 13-45.
- CAPARROS, A. (1979). **Introducción histórica a la psicología contemporánea**. Barcelona: Rol.
- CAPARROS, A. (1984). **La psicología y sus perfiles. Introducción a la cultura psicológica**. Barcelona: Barcanova.
- CAPLAN, G. (1964). **Principios de Psiquiatría Preventiva**. Barcelona: Paidós, 1985.

- CARBONELL, E. J., CARPINTERO, H. y SILVA, F. (1988). La evaluación psicológica vista por los evaluadores: una encuesta de sus perspectivas futuras. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 4, 3, 259-314.
- CARO, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología*, 46, 115-160.
- CARPINTERO, H. (1989). La evolución del psicodiagnóstico en España. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 5, 1, 3-21.
- CARRETIE, L. e IGLESIAS, J. (1990). Guía para el registro psicofisiológico de los potenciales evocados. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 6, 91-115.
- CARROBLES, J. A. I. (Ed.) (1985). *Análisis y modificación de la conducta II* (2 tomos). Madrid: UNED.
- CAREY, M. P., FLASHER, L. V., MAISTO, S.A. y TURKAT, I. D. (1984). The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology*, 15, 515-527.
- CASAS, R. (1994). Reflexiones en torno al eclecticismo como práctica asistencial en Psiquiatría Pública. *Psiquis*, 15, 6, 249-263.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1982). *Introducción a la psiquiatría (tomo II)*. Madrid: Alianza.
- CASULLO, M. M. (Ed.) (1996). *Evaluación psicológica en el campo de la Salud*. Barcelona: Paidós.
- CATTELL, J. M. (1980). Mental tests and measurements. *Mind*, 15, 373-381.
- CATTELL, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Middlesex: Penguin Books (trad. Fontanella, 1972).
- CATTELL, R. B. y MEREDITH, G. M. (1976). *Teorías psicológicas de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós (orig., 1967).
- CIMINERO, A. R., CALHOUN, K. S. y ADAMS, H. E. (1973). *Handbook of behavioral assessment*. New York: Wiley.
- CLAPAREDE, E. (1961). *Cómo diagnosticar las aptitudes en los escolares*. Madrid: Aguilar (orig., 1923).
- CLARKIN, J. F. y HURT, S. W. (1989). Evaluación psicológica: tests y escalas de valoración. En J. A. Talbott, R. E. Hales y S. C. Yudofsky (Eds.). *The*

- American Psychiatric Press. Tratado de Psiquiatría.** Barcelona: Ancora (orig., 1988).
- COMECHÉ, M. I., DÍAZ, M. I. y VALLEJO, M. A. (1995). **Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades sociales.** Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- CONE, J. (1993). Consideraciones psicométricas y múltiples modelos de evaluación conductual. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.). **Manual práctico de evaluación conductual.** Bilbao: DDB (orig., 1990).
- CONE, J. D. y HAWKINS, R. P. (Eds.) (1977). **Behavioral assessment: New directions in clinical psychology.** New York: Brunner-Mazel Publ.
- COOK, T. D. y REICHARDT, C. S. (1986). **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa.** Madrid: Morata (orig., 1982).
- CORMAN, L. (1971). **Examen psicológico del niño.** Barcelona: Herder (orig., 1968).
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986). **Salud comunitaria.** Barcelona: Martínez Roca.
- CRONBACH, L. J. (1957). The two disciplines of scientific psychology. **American Psychologist**, 12, 671-684.
- CRONBACH, L. J. (1972). **Fundamentos de la exploración psicológica.** Madrid: Biblioteca Nueva (orig., 1970).
- CRONBACH, L. J. (1975). Beyond the two disciplines of the Scientific Psychology. **American Psychologist**, 30, 116-127.
- CRONBACH, L. J. (1986). Balancing the qualitative and the quantitative in psychological research. **Evaluación Psicológica/Psychological Assessment**, 2, 3, 3-12.
- CRONBACH, L. J. (1990). **Essentials of Psychological Testing.** New York: Harper and Row.
- CRONBACH, L. J. y MEEHL, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, 52, 281-302.
- CRONBACH, L. J. y GLEESER, G. (1965). **Psychological tests and personnel decisions.** Urbana, Ill.: University of Illinois Press (orig., 1957).

- CUCHILLO, T., FORTEZA, J. A., LINARES, D., PUELLES, C. y BURGALETA, R. (1990). **Diseño de un programa de preparación a la jubilación**. Valencia: II Congreso Colegio Oficial de Psicólogos.
- CHOMSKY, N. (1968). **Language and mind**. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- CHOROT, P. (1984). Perspectivas actuales y futuras de la evaluación psicológica. **Revista de Psicología General y Aplicada**, **39**, 2, 281-312.
- DANA, R. H. (1984a). Personality Assessment: Practice and teaching in the next decade. **Journal of Personality Assessment**, **48**, 1, 46-57.
- DANA, R. H. (1984b). Megatrends in Personality Assessment: Toward a human science professional Psychology. **Journal of Personality Assessment**, **48**, 6, 563-590.
- DARE, C. (1985). Teorías psicoanalíticas de la personalidad. En F. Fransella (Ed.). **Personalidad**. Madrid: Pirámide (orig., 1982).
- DATAN, N. (1992). Psicología del ciclo vital. En R. Harré y R. Lamb (Eds.). **Diccionario de Psicología Social y de la Personalidad**. Barcelona: Paidós (orig, 1986).
- DEL BARRIO, V. (1986). **Temas de psicopatología infantil**. Valencia: Promolibro.
- DEL BARRIO, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. **Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment**, **6**, 171-209.
- DEL BARRIO, V. (1992). Evaluación de características de la personalidad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Introducción a la Evaluación psicológica II**. Madrid: Pirámide.
- DEL BARRIO, V. (1993). Alfred Binet y el estudio de la inteligencia. En E. Qiñones, F. Tortosa y H. Carpintero (Eds.). **Historia de la Psicología. Textos y comentarios**. Madrid: Tecnos.
- DEL BARRIO, V. (1995). Evaluación clínica infantil y adolescente. En F. Silva (Ed.). **Evaluación psicológica en niños y adolescentes**. Madrid: Síntesis.
- DEL BARRIO, V. y SILVA, F. (1995). Evaluación clínica infantil. En A. Roa (Ed.). **Evaluación en psicología clínica y de la salud**. Madrid: CEPE.
- DE KETELE, J. M. (1980). **Observer pour éduquer**. Berna: Peter Lang (trad. Visor, 1984).

- DELCLAUX, I. (1984). El método. En J. F. Morales (Ed.). **Metodología y teoría de la psicología** (tomo I). Madrid: UNED.
- DE PAUL, J. (1986). Sujetos alto-riesgo en psicopatología. **Zientziartekoa**, 1, 2, 109-127.
- DE PAUL, J., CABARCOS, A. y LARRION, J. L. (1986). La depresión en la tercera edad. En E. Echeburúa (Ed.). **La depresión**. Bilbao: Servicio Editorial UPV.
- DE VEGA, M. (1984). **Introducción a la psicología cognitiva**. Madrid: Alianza.
- DIAZ, J. (1991). Evaluación en la clínica psicosomática infantil. En J. Diaz (Ed.). **Trastornos psicosomáticos en la infancia**. Madrid: CEPE.
- DIAZ VEIGA, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **El ambiente. Análisis psicológico**. Madrid: Pirámide.
- DIEZ, C. (1990). Clínica (de la ansiedad). En J. Vallejo y C. Gastó (Eds.). **Trastornos afectivos: ansiedad y depresión**. Barcelona: Salvat.
- DOMENECH, E. (1988). Metodología de la investigación en psicología clínica infantil. En A. Fierro (Ed.). **Psicología Clínica. Cuestiones actuales**. Madrid: Pirámide.
- DOMENECH, E. y GOMEZ DE TERREROS, M. (1995). Evaluación psicológica en la temprana infancia. En F. Silva (Ed.). **Evaluación psicológica en niños y adolescentes**. Madrid: Síntesis.
- DORSCH, F. (1976). **Diccionario de Psicología**. Barcelona: Herder (orig., 1963).
- DUBOIS, P. H. (1970). **A history of psychological testing**. Boston: Allyn and Bacon.
- ECHEBURUA, E. (Ed.) (1992). **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Madrid: Pirámide.
- ECHEBURUA, E. (1993a). **Modificación de conducta y psicología clínica**. Bilbao: Servicio Editorial UPV.
- ECHEBURUA, E. (1993b). **Trastornos de ansiedad en la infancia**. Madrid: Pirámide.
- ECHEBURUA, E. (1993c). **Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento**. Madrid: Eudema.

- ECHEBURUA, E. (1993d). **Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- ELLIS, A. (1985). Datos de investigación que apoyan las hipótesis clínicas y de la personalidad de la RET y otras terapias cognitivo-conductuales. En A. Ellis y R. Greger (Eds.). **Manual de terapia racional-emotiva**. Bilbao: DDB (4ª ed.) (orig., 1977).
- ELLIS, H. C. (1980). **Fundamentos del aprendizaje y procesos cognoscitivos del hombre**. México: Trillas.
- ENDLER, N. S. y MAGNUSSON, D. (1976). Toward an interactional psychology of personality. **Psychological Bulletin**, 83, 956-974.
- EPSTEIN, S. (1973). The self-concept revisited or a theory of a theory. **American Psychologist**, 28, 405-416.
- ESTEVE, M. R., GODOY, A., RAMIREZ, C. y RODRIGUEZ-NARANJO, C. (1993). Valoración de programas: El concepto de uso. **Análisis y Modificación de Conducta**, 19, 63, 43-65.
- EYSENCK, H. J. y EYSENCK, M. W. (1985). **Personalidad y diferencias individuales**. Madrid: Pirámide, 1987.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1979). **Los métodos en evaluación conductual**. Madrid: Pablo del Río.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1980). **Psicodiagnóstico. Concepto y metodología**. Madrid: Cincel-Kapelusz.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1981b). Contenidos y modelos en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.). **Evaluación conductual**. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1981c). Perspectivas históricas de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.). **Evaluación conductual**. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1981d). Comparaciones entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.). **Evaluación conductual**. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (Ed.) (1981e). **Nuevas aportaciones en evaluación conductual**. Valencia: Alfaplús.

- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (Ed.) (1983). **Psicodiagnóstico** (2 tomos). Madrid: UNED.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (Ed.) (1983b). **Psicodiagnóstico. Cuaderno de prácticas**. Madrid: UNED.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1984). Aportaciones de la evaluación conductual a la reformulación del concepto de diagnóstico psicológico. **Anuario de Psicología**, 30/31, 1/2, 31-44.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1985). Evaluación psicológica y evaluación valorativa. **Evaluación Psicológica/Psychological Assessment**, 1, 1-2, 7-31.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1985b). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.). **Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud**. Madrid: Alianza.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1987). Ciencia, Ideología y Política en Evaluación de Programas. **Revista de Psicología Social**, 3, 159-181.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1987b). El ambiente en la evaluación psicológica. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **El ambiente. Análisis psicológico**. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1988). Evaluación conductual: Un concepto integrador. **Avances en Psicología Clínica Latinoamericana**, 6, 13-29.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1990). **La evaluación psicológica en sus contextos de aplicación**. Valencia: Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1991). Enseñanza, investigación y práctica de la evaluación psicológica en España. **Evaluación Psicológica/Psychological Assessment**, 7, 1, 5-21.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (Ed.) (1992). **Introducción a la Evaluación psicológica I y II**. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1993). Una teoría conductual e integradora de la personalidad y su utilización en evaluación psicológica: El conductismo paradigmático. En J. M. Zumalabe y C. Maganto (Eds.). **Tendencias actuales en el estudio y la evaluación de la personalidad**. San Sebastián: Servicio Editorial UPV.

- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1993b). La evaluación psicológica en sus contextos de aplicación. *Revista de Historia de la Psicología*, **14**, 2, 97-115.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1993c). Behavioral Assessment: Dying, Vanishing or Still Running?. *European Journal of Psychological Assessment*, **9**, 3, 159-174.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (Ed.) (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A. (Eds.) (1981). *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A. I. (1981b). Evaluación versus tratamiento. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobles (Eds.). *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R., CAMPLLONCH, J.M. y MACIA, A (1982). Generalización en el entrenamiento de estrategias cognitivas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación de contextos*. Secretaría de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y GONZALEZ SANCHEZ, J. L. (1983). Evaluación del envejecimiento. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Psicodiagnóstico (vol. II)*. Madrid: UNED.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R., SOUTO, E., GONZALEZ, J. L., IZAL, M. V. y DIAZ VEIGA, P. (1986). Indicadores de salud en ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, **21**, 2, 113-117.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A. I. (Eds.) (1987). *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones (3ª ed.)*. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R., CALERO, M. D., CAMPLLONCH, J. M. y BELCHI, J. (1990). *EPA: Evaluación del Potencial de Aprendizaje*. Madrid : MEPSA.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R., IZAL, M., MONTORIO, I., GONZALEZ, J. L. y DIAZ VEIGA, P. (1991). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. e IZAL, M. (1992). Evaluación durante la vejez. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Introducción a la Evaluación psicológica II**. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y STAATS, A. W. (1992). Paradigmatic behavioral assessment, treatment and evaluation: Answering the crisis in behavioral assessment. **Advances in Behavior Research and Therapy**, 14, 1-28.
- FERNANDEZ TRESPALACIOS, J. L. (1983). El método de la psicología científica. En J. L. Fernández Trespalacios (Ed.). **Psicología General I**. Madrid: Pirámide.
- FEYERABEND, P. (1986). **Tratado contra el método**. Madrid: Tecnos (orig., 1975).
- FIERRO, A. (1981). La psicología de la personalidad. En A. Fierro (Ed.). **Lecturas de psicología de la personalidad**. Madrid: Alianza.
- FIERRO, A. (Ed.) (1981). **Lecturas de psicología de la personalidad**. Madrid: Alianza.
- FIERRO, A. (1982). La explicación en psicología. **Estudios de Psicología**, 12, 99-125.
- FIERRO, A. (1982b). Consistencia y estabilidad en la conducta de las personas. Una revisión. **Anuario de Psicología**, 27, 2, 69-86.
- FIERRO, A. (1983). Elementos cognitivos y otros en el sistema de la personalidad. **Estudios de Psicología**, 16, 85-106.
- FILSTEAD, W. J. (1986). Métodos cualitativos. En T. D. Cook y C. S. Reichardt (Eds.). **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa**. Madrid: Morata (orig., 1982).
- FISSENI, H. J. (1987). **Psicología de la personalidad. En busca de una ciencia**. Barcelona: Herder (orig., 1984).
- FODOR, J. A. (1980). **La explicación psicológica**. Madrid: Cátedra (orig., 1968).
- FORNS, M. (1985). **Memoria de oposición a profesor titular de Universidad**. Barcelona: Facultad de Psicología.
- FORNS, M. (1993). **Evaluación psicológica infantil**. Barcelona: Barcanova.

- FORNS, M. y BOADA, H. (1985). Consideraciones sobre la zona de desarrollo potencial desde la evaluación psicológica. *Anuario de Psicología*, 33, 2, 71-79.
- FORNS, M., KIRCHNER, T. y TORRES, M. (1990). **Principales modelos en evaluación psicológica**. Barcelona: MTM.
- FORNS, M. y AMADOR, J. A. (1995). Evaluación del retraso mental y del potencial de aprendizaje. En F. Silva (Ed.). **Evaluación psicológica en niños y adolescentes**. Madrid: Síntesis.
- FORTEZA, J. A. (1993). Aproximación histórica a la Psicogerontología. *Investigaciones Psicológicas*, 12, 31-55.
- FOSTER, S. L., BELL-DOLLAN, D. J. y BURGE, D. A. (1993). Observación conductual. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.). **Manual práctico de Evaluación Conductual**. Bilbao: DDB (orig., 3ª ed., 1988).
- FRANK de VERTHELYI, R. (1992). **Temas en evaluación psicológica: Desafíos de los años 90**. Madrid: Congreso Iberoamericano de Psicología.
- FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J. (1981). **Compendio de Psiquiatría**. Barcelona: Salvat.
- FREUD, A. (1984). **El yo y los mecanismos de defensa**. Barcelona: Paidós (orig., 1936).
- FREUD, S. (1915). **Lo inconsciente**. Obras completas, vol. 2. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- FREUD, S. (1923). **El yo y el ello** (Obras completas, vol. 3). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- FREUD, S. (1924). **Esquema de psicoanálisis** (Obras completas, vol.3). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- FUERTE, J. y PALMERO, P. (1995). Intervención temprana. En M. A. Verdugo (Ed.). **Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**. Madrid: Siglo XXI.
- GARCIA FERRANDO, M. y SANMARTIN, R. (1986). La observación científica y la obtención de datos sociológicos. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.). **El análisis de la realidad social. Método y técnicas de investigación**. Madrid: Alianza.

- GARCIA YAGÜE, J. (1975). **Tests empleados en España. Información técnica-bibliográfica.** Madrid: IPAOP.
- GARFIELD, S. L. (1982). **Psicología clínica. El estudio de la personalidad y la conducta.** México: El Manual Moderno (orig., 1974).
- GODOY, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En V. E. Caballo (Ed.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.** Madrid: Siglo XXI.
- GODOY, A. (1994). Validez a posteriori de los diagnósticos clínicos. **Psicothema**, 6, 2, 139-153.
- GODOY, A. y GAVINO, A. (1988). Evaluación de las habilidades sociales. En M. C. Martorell (Ed.). **Técnicas de evaluación psicológica (vol. IV).** Valencia: Promolibro
- GODOY, A. y SILVA, F. (1990). El proceso diagnóstico como una actividad técnico-científica. En F. Silva (Ed.). **Tendencias recientes en la metodología de la evaluación psicológica.** Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.
- GODOY, A. y SILVA, F. (1992). **La evaluación psicológica como proceso.** Valencia: NAU Llibres.
- GOLDFRIED, M. R. y KENT, R. N. (1972). Traditional versus behavioral personality assessment: A comparison of methodological and theoretical assumptions. **Psychological Bulletin**, 77, 409-420.
- GOLDFRIED, M. R. y DAVISON, G. C. (1981). **Técnicas terapéuticas conductistas.** Buenos Aires: Paidós (orig., 1976).
- GOLDSTEIN, G. y HERSEN, M. (Eds.) (1984). **Handbook of Psychological Assessment.** New York: Pergamon Press.
- GOLDSTEIN, G. y HERSEN, M. (Eds.) (1990). **Handbook of Psychological Assessment (2ª ed.).** New York: Pergamon Press.
- GOMEZ, C. y COLL, C. (1994). De qué hablamos cuando hablamos de constructivismo. **Cuadernos de Pedagogía**, 221, 8-11.
- GONDRA, J. M. (1986). El status científico de la Psicología y Psicoterapia Humanista. **Anuario de Psicología**, 34, 47-61.
- GONZALEZ, J. L. (1987). **Psicología de la personalidad.** Madrid: Biblioteca Nueva.

- GONZALEZ SANCHEZ, J. L. (1985). Modificación de conducta en ancianos. En J. A. I. Carrobles (Ed.): **Análisis y modificación de la conducta II** (vol. 2). Madrid: UNED.
- GONZALEZ, J. y SAINZ, J. (1988). Intervención y educación en la deficiencia mental y la desventaja sociocultural. En J. Mayor (Ed.). **Manual de Educación Especial**. Madrid: Anaya.
- GONZALEZ DE RIVERA, T. L. y DE LAS CUEVAS, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. **Psiquis**, 13, 8, 287-324.
- GOUGH, H. (1971). Some reflections on the meaning of psychodiagnosis. **American Psychologist**, 26, 160-167.
- GROSS, A. M. y WIXTED, J. J. (1990). Evaluación de los problemas infantiles de conducta. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.). **Manual práctico de evaluación de conducta**. Bilbao: DDB, 1993.
- GURLAND, B. J. y MEYERS, B. S. (1989). Psiquiatría geriátrica. En J. A. Talbott, R. E. Hales y S. C. Yudofsky (Eds.). **The American Psychiatric Press. Tratado de Psiquiatría**. Barcelona: Ancora (orig., 1988).
- HAMPSON, S. (1986). **La construcción de la personalidad**. Barcelona: Paidós.
- HAYNES, S. N. (1978). **Principles of behavioral assessment**. New York: Gardner Press.
- HAYNES, S. N. y WAI'ALAE, K. (1994). Fundamentos psicométricos de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Pirámide.
- HERSEN, M. (1988). Behavioral assessment and psychiatric diagnosis. **Behavioral Assessment**, 10, 107-121.
- HERSEN, M. y BELLACK, A. S. (1989). La investigación en psicología clínica. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.). **Métodos de investigación en psicología clínica**. Bilbao: DDB (orig., 1984).
- HOLT, R. R. (1992). Individualidad y generalización en psicología de la personalidad: Un marco teórico para la evaluación e investigación de la personalidad. En A. Avila (Ed.). **Psicodiagnóstico clínico**. Madrid: Eudema (orig., 1978).

- HOLTZMAN, W. H. (1971). ¿Puede la computadora suplantar al clínico?. En E. I. Megargee (Ed.). **Métrica de la personalidad** (vol.2). México: Trillas (orig., 1966 y del art., 1960).
- HULL, C. L. (1930). Knowledge and purpose as habit mechanisms. **Psychological Review**, **37**, 511-525.
- HUTEAU, M. (1985). **Les conceptions cognitives de la personnalité**. París: PUF (trad. Fundamentos, 1989).
- IBAÑEZ, T. (1992). Introducción (La *tensión esencial* de la Psicología Social) a D. Páez (Ed.). **Teoría y métodos en psicología social**. Barcelona: Anthropos.
- IBAÑEZ, E. y BELLOCH, A. (1985). **Psicología clínica**. Valencia: Promolibro.
- IRWIN, M. y BUSHNELL, M. (1980). **Observational strategies for child study**. New York: Holt, Rinehart and Wiston (trad. Narcea, 1984).
- JODAR, M. y JUNQUE, C. (1994). Déficits de memoria en el envejecimiento normal. **Revista de Gerontología**, **4**, **4**, 220-226.
- JUAN ESPINOSA, M. M., MARQUEZ, M. O. y RUBIO, V. (1987). Evaluación conductual en el retraso mental. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.). **Evaluación conductual** (3ª ed.). Madrid: Pirámide.
- KAMINSKI, G. (1979). Taxonomía de los procesos diagnósticos. En K. Pawlik (Ed.). **Diagnos del diagnóstico**. Barcelona: Herder (orig., 1976).
- KANE, R. A. y KANE, R. L. (1993). **Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición**. Barcelona: S. G. Editores (orig., 1981).
- KANFER, F. H. y PHILLIPS, J. S. (1970). **Learning foundations of behavior therapy**. New York: Wiley (trad. Trillas, 1980).
- KANFER, F. H. y SASLOW, G. (1965). Behavioral analysis. **Archives of General Psychiatry**, **12**, 529-538.
- KANFER, F. H. y SASLOW, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (Ed.). **Behavioral therapy: Appraisal and status**. New York: McGraw-Hill.
- KAZDIN, A. E. (1983). **Historia de la modificación de conducta**. Bilbao: DDB (orig., 1978).
- KELLY, L. (1967). **Assessment of human characteristics**. Belmont, C.A.: Brooks Bole Col.

- KENDALL, P. C. y NORTON-FORD, J. D. (1988). **Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales.** México: Limusa (orig., 1982).
- KERLINGER, F. N. (1975). **Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología.** México: Interamericana (orig., 1973).
- KLINE, P. (1985). **La personalidad. Teoría y medida.** Madrid: Fundamentos (orig., 1983).
- KLOPFER, W. G. (1975). **El informe psicológico.** Buenos Aires: Tiempo Moderno (orig., 1960).
- KUEHNEL, T. G. y LIBERMAN, R. P. (1993). Evaluación funcional. En R. P. Liberman (Ed.). **Rehabilitación integral del enfermo mental crónico.** Barcelona: Martínez Roca (orig., 1988).
- LAFOURCADE, P. D. (1977). **Evaluación de los aprendizajes.** Madrid: Cincel.
- LANYON, R. I. y GOODSTEIN, L. D. (1977). **Evaluación de la personalidad.** México: El Manual Moderno (orig., 1971).
- LAZARUS, A. A. (1971). **Behavior therapy and beyond.** New York: McGraw-Hill (trad. Paidós, 1980).
- LEHR, U. (1988). **Psicología de la senectud.** Barcelona: Herder (orig. 3ª ed., 1977).
- LEON-CARRION, J. (1986). El informe psicológico. En A. Blanco (Ed.). **Apuntes de psicodiagnóstico (vol. 1).** Valencia: Promolibro.
- LINDSAY, P. H. y NORMAN, D. A. (1982). **Procesamiento de información humana.** Madrid: Tecnos (orig. 2ª ed., 1977).
- LIPINSKI, D. y NELSON, R. (1974). La utilización de la observación naturalista. En R. Ardila (Ed.). **Terapia del comportamiento.** Bilbao: DDB, 1982.
- LOPEZ, F. (1983). Psicología de cada edad. En AA.VV.: **Temas de psicología.** Universidad Pontificia de Salamanca.
- LOPEZ-IBOR ALIÑO, J. J. (1989). Depresiones en edades avanzadas. En J. M. Ribera (Ed.). **Patología neurológica y psiquiátrica en geriatría. Clínicas Geriátricas V.** Madrid: Editores Médicos.
- LOPEZ, F. y FUENTES, M. J. (1994). Revisión, análisis y clasificación de los estudios sobre desarrollo social. **Infancia y Aprendizaje**, 67/68, 163-185.

- LURIA, A. R. (1979). **El cerebro en acción**. Barcelona: Fontanella (orig., 1947).
- LURIA, A. R., ZEIGARNIK, B. V. y POLIAKOV, I. F. (1979). Sobre el uso de los tests psicológicos en la práctica clínica. **Clínica y Análisis Grupal**, **15**, 215-224.
- LLAVONA, L. (1984). El proceso de evaluación conductual. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.). **Manual de modificación de conducta**. Madrid: Alhambra.
- MACIA, A. (1981). Teoría de la Decisión en Evaluación y Modificación de Conducta. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Nuevas Aportaciones en Evaluación Conductual**. Valencia: Alfaplús.
- MACIA, D. (1984). El análisis funcional como antecedente de la evaluación conductual. **Anales de Psicología**, **1**, 155-163.
- MACIA, D. y MENDEZ, F. X. (1988). La perspectiva conductual en psicología clínica. En D. Maciá y F. X. Méndez (Eds.). **Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos**. Madrid: Pirámide.
- MADRIGAL, P. (1996). Política social y servicios sociales en la Unión Europea. En M. C. Alemán y J. Garcés (Eds.). **Administración social: servicios de bienestar social**. Madrid: Siglo XXI.
- MAGANTO, C. (1990). **Psicodiagnóstico infantil**. San Sebastián: Ed. Facultad de Psicología.
- MAHONEY, M. J. (1974). **Cognition and behavior modification**. Cambridge Mass.: Ballinger Publishing Company (trad. Trillas, 1983).
- MAHONEY, M. J. (1992). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas. **Revista de Psicoterapia**, **3**, **12**, 49-61.
- MAHONEY, M. J. (1994). Desarrollos y direcciones en psicología y psicoterapia. **Boletín de Psicología**, **43**, 7-23.
- MALONEY, M. P. y WARD, M. P. (1976). **Psychological assessment. A conceptual approach**. New York: Oxford University Press.
- MARCEIL, J. C. (1977). Implicit dimensions of idiography and nomothesis: A reformulation. **American Psychologist**, **32**, 1046-1055.
- MARIN, M. A. y BUISAN, C. (1986). **Cómo realizar un diagnóstico pedagógico**. Barcelona: Laertes.

- MARTIN BRAVO, C. (1994). Teorías del desarrollo cognitivo y su aplicación educativa. **Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado**, 21, 231-246.
- MARTINEZ ARIAS, M. R. (1981). Diseños en psicología ambiental. En F. Jiménez Burillo (Ed.). **Psicología y Medio Ambiente**. Madrid: CEOTMA.
- MARTINEZ ARIAS, M. R. (1984). Diseños experimentales y cuasi-experimentales con sujeto único en modificación de conducta. En J. Mayor y F. Labrador (Eds.). **Manual de Modificación de Conducta**. Madrid : Alhambra.
- MARTINEZ-ROIG, A. y DE PAUL, J. (1993). **Maltrato y abandono en la infancia**. Barcelona: Martínez Roca.
- MARTORELL, M. C. (Ed.) (1985). **Psicodiagnóstico. Temas de metodología**. Valencia: Promolibro.
- MARTORELL, M. C. (1987). **Técnicas de evaluación psicológica. Introducción (vol. I)**. Valencia: Pomolibro.
- MARTORELL, M. C. (Ed.) (1988). **Técnicas de evaluación psicológica (vol. II y III)**. Valencia: Promolibro.
- MARTORELL, M. C. y LILLO, L. (1990). Valoración de programas: aspectos metodológicos. En F. Silva (Ed.). **Tendencias recientes en la metodología de la evaluación psicológica**. Actas II Congreso Colegio de Psicólogos, Valencia.
- MATARAZZO, J. D. (1976). **Wechsler. Medida y valoración de la inteligencia del adulto**. Barcelona: Salvat (orig., 1972).
- MATARAZZO, J. D. (1992). Psychological testing and assessment in the 21st century. **American Psychologist**, 47, 8, 1007-1018.
- MATUD, P. (1993). Desarrollo histórico de la evaluación conductual. Hacia la evaluación psicológica. En W. Peñate, P. Matud y I. Ibáñez (Eds.). **Evaluación Psicológica: Concepto y técnicas de análisis**. Valencia: Promolibro.
- MAYOR, J. (Ed.) (1985). **Actividad humana y procesos cognitivos**. Madrid: Alhambra.
- MAYOR, J. (1989). El método científico en psicología. En J. Arnau y H. Carpintero (Eds.). **Historia, Teoría y Método**. Tomo I del Tratado de Psicología General. Madrid: Alhambra.

- McGUIGAN, F. J. (1971). **Psicología experimental**. México: Trillas (orig. 2ª ed., 1968).
- MEEHL, P. E. (1954). **Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence**. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- MENDEZ, F. X. y MACIA, D. (1990). Algunos comentarios sobre la modificación de conducta con niños y adolescentes. En F. X. Méndez y D. Maciá (Eds.). **Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos**. Madrid: Pirámide.
- MEURIS, G. (1990). Pour célébrer le centenaire de la publication del "Mental tests" par James McKeen Cattell en 1890. **Bulletin de Psychologie Scolaire et d'Orientation**, 4, 185-200.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. (1995). Evaluación de la ansiedad y de los trastornos de ansiedad. En A. Roa (Ed.). **Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud**. Madrid: CEPE.
- MISCHEL, W. (1968). **Personalidad y Evaluación**. México: Trillas, 1973.
- MISCHEL, W. (1977). On the future of personality assessment. **American Psychologist**, 32, 246-254.
- MONTORO, J. (1995). Las actitudes hacia las personas mayores de 65 años: análisis de los principales instrumentos de medición. **Revista de Gerontología**, 5, 5, 345-352.
- MONTORIO, I. (1994). **La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica**. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- MONTORIO, I. e IZAL, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. **Revista de Gerontología**, julio-septiembre, 1992
- MORAGAS, R. (1991). **Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida**. Barcelona: Herder
- MORENO, I. (1992). Modificación de conducta con niños y adolescentes: ámbitos recientes de aplicaciones y desarrollos futuros. **Apuntes de Psicología**, 35, 31-51.
- MORENO, R. (1988). Prólogo a la edición castellana de D. H. Barlow y M. Hersen: **Diseños experimentales de caso único**. Barcelona: Martínez Roca (orig. 2ª ed., 1984).

- MUÑIZ, J. y HAMBLETON, R. K. (1992). Medio siglo de Teoría de Respuesta a los Items. *Anuario de Psicología*, 52, 41-66.
- NEISSER, U. (1967). *Cognitive Psychology*. New York: Meredith Publishing Company (trad. Trillas, 1979).
- NELSON, R. O. y HAYES, S. C. (1979). Some current dimensions of behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 1, 1-16.
- NUTTIN, J. (1973). *La estructura de la personalidad*. Buenos Aires: Kapelusz.
- O'CONNOR, N. (1973). Retraso mental y subnormalidad grave. En B. M. Foss (Eds.). *Nuevos horizontes en psicología*. Barcelona: Fontanella (orig., 1966).
- OLABARRIA, B. y ESCUDERO, C. (1993). Situación actual y perspectivas de la psicología clínica en España. *Clínica y Salud*, 4, 1, 5-23.
- OLLENDICK, T. H. y HERSEN, M. (Eds.) (1993). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca (orig. 2ª ed., 1989).
- ORTET, G. y MORO, M. (1995). Evaluación de la personalidad. En F. Silva (Ed.). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- ORTI, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- PALACIOS, J. y MARCHESI, A. (1985). Inteligencia y memoria en el proceso de envejecimiento. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- PALACIOS, J., MORENO, M. C. y JIMENEZ, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 7-21.
- PARKS, C. W. y HOLLON, S. D. (1993). Evaluación cognitiva. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Manual práctico de evaluación de conducta*. Bilbao: DDB (orig., 1990).
- PAWLIK, K. (Ed.) (1979). *Diagnosis del diagnóstico*. Barcelona: Herder (orig., 1976).

- PELECHANO, V. (1977). **Personalidad, inteligencia, motivación y rendimiento académico en BUP**. Universidad de la Laguna: I.C.E.
- PELECHANO, V. (1978). **Psicodiagnóstico**. Madrid: UNED.
- PELECHANO, V. (1981). **Miedos infantiles y terapia familiar natural**. Valencia: Alfaplús.
- PELECHANO, V. (1984). Programas de socialización en deficiencia mental. **Revista española de Pedagogía**, 42, 203-233.
- PELECHANO, V. (1985). **Apuntes de psicodiagnóstico**. Valencia: Promolibro.
- PELECHANO, V. (1988a). **Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Vol.I: Conceptos básicos**. Valencia: Alfaplús.
- PELECHANO, V. (1988b). **Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Vol. II: El acercamiento psicométrico tradicional**. Valencia: Alfaplús.
- PELECHANO, V. (1989). Ejes de referencia y una propuesta temática. En E. Ibáñez y V. Pelechano (Eds.). **Personalidad**. Tomo 9 del Tratado de Psicología General. Madrid: Alhambra.
- PELECHANO, V. (1993). **Personalidad: Un enfoque histórico-conceptual**. Valencia: Promolibro.
- PELECHANO, V. (1993b). Evaluación, tests, conductismos, cognitivismos, crisis y retornos en espiral ¿con salida? **Clínica y Salud**, 4, 2, 123-132.
- PELECHANO, V. y DE MIGUEL, A. (1992). Dimensiones de personalidad, motivación y habilidades interpersonales en ancianos: Una primera aproximación. **Análisis y Modificación de Conducta**, 18, 57, 67-99.
- PEÑATE, W. (1993). Los métodos científicos en la evaluación psicológica. En W. Peñate, P. Matud e I. Ibáñez. **Evaluación Psicológica: Concepto y técnicas de análisis**. Valencia: Promolibro.
- PEÑATE, W. y MATUD, P. (1993). Modelos de evaluación: Comparaciones entre evaluación tradicional y evaluación conductual. En W. Peñate, P. Matud e I. Ibáñez. **Evaluación Psicológica: Concepto y técnicas de análisis**. Valencia: Promolibro.
- PEREZ ALMEDA, E., GONZALEZ, M. A., MORALEDA, P., SZUREK, S. y GONZALEZ, J. A. (1990). La *Geriatric Depression Scale (GDS)* como instrumento para la evaluación de la depresión: bases de la misma. Modificaciones introducidas y adaptación de la prueba a la realidad

- psicogeriatrica española. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, **25**, 3, 173-180.
- PEREZ GOMEZ, A. (1982). *Psicología clínica. Problemas fundamentales*. México: Trillas.
- PERVIN, L. A. (1975). *Personalidad. Teoría, diagnóstico e investigación*. Bilbao: DDB, 1979.
- PERVIN, L. A. (1985). Personality: Current controversies, issues and directions. *Annual Review of Psychology*, **36**, 83-114.
- PIAGET, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (3me. ed.). Neuchatel: Delachaux et Niestlé.
- PIAGET, J. (1947). *La psychologie de l'intelligence*. París: Colin.
- PIAGET, J. (1970). *Seis estudios de Psicología*. Barcelona: Seix Barral (orig., 1964).
- PICHOT, P. (1994). La evaluación psicológica en Europa. *Clínica y Salud*, **5**, 1, 117-127.
- PINILLOS, J. L. (1962). *Introducción a la psicología contemporánea*. Madrid: C.S.I.C.
- PINILLOS, J. L. (1980). Observaciones sobre la psicología científica. *Análisis y Modificación de Conducta*, **13**, 537-590.
- PINILLOS, J. L. (1980b). Prólogo a Alvira et al.: *Los dos métodos de las ciencias sociales* (2ª ed.). Madrid: CIS.
- PINILLOS, J. L. (1981). Modelos ambientales de la conducta. En F. Jiménez Burillo (Ed.). *Psicología y Medio Ambiente*. Madrid: CEOTMA.
- PINILLOS, J. L. (1981b). La mejora científica de la inteligencia. *Análisis y Modificación de Conducta*, **7**, 115-154.
- PINILLOS, J. L. (1989). Prólogo a F. Silva: *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- PORTUONDO, J. A. (1970). *El psicodiagnóstico de Rorschach en psicología clínica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- RAPAPORT, D. (1971). *Tests de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós (orig., 1945).

- RAPPOPORT, L. (1986). **La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad**. Barcelona: Paidós (orig., 1972).
- RECHEA, C. (1980). El concepto de modelo en psicología. **Análisis y Modificación de Conducta**, 6, 11-12, 109-115.
- REICHARDT, C. S. y COOK, T. D. (1982). Más allá de "los métodos cualitativos versus los cuantitativos". **Estudios de Psicología**, 11, 40-55.
- REIG, A. y FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1994). Evaluación conductual en la vejez. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Evaluación conductual hoy**. Madrid: Pirámide.
- REISS, S. (1982). Psychopathology and mental retardation: survey of a developmental disabilities mental health program. **Mental Retardation**, 20, 128-132.
- REY, A. (1958). **L'examen clinique en psychologie**. París: PUF.
- RIBA, C. (1991). El método observacional. Decisiones básicas y objetivos. En M. T. Anguera (Ed.). **Metodología observacional en la investigación psicológica (vol.1)**. Barcelona: PPU.
- ROA, A. (1995). Marco teórico-conceptual de la psicología de la salud. En A. Roa (Ed.). **Evaluación en psicología clínica y de la salud**. Madrid: CEPE.
- RODRIGUEZ SUTIL, C. (1987). Evaluación del psicodiagnóstico tradicional. En A. Avila y C. Rodríguez (Eds.). **Psicodiagnóstico clínico**. Bilbao: DDB.
- ROJAS, E. (1987). **El laberinto de la afectividad**. Madrid: Espasa Calpe.
- ROMAN, M. y DIEZ, E. (1988). **Inteligencia y potencial de aprendizaje: Evaluación y desarrollo**. Madrid: Cincel.
- SALVA, A., VELLAS, B., ROIG, T. y ALBAREDE, J. L. (1994). Evaluación gerontológica. Primeros resultados de una unidad de evaluación geriátrica. **Revista de Gerontología**, 4, 3, 174-179.
- SANCHEZ BERNARDOS, M. L. (1990). Psicología de la personalidad: disposiciones y categorías mentales. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (vol. 1)**. Madrid: Interamericana.
- SANCHEZ-CANOVAS, J. (1994). El bienestar psicológico subjetivo. Escalas de evaluación. **Boletín de Psicología**, 43, 25-51.

- SANCHEZ-CANOVAS, J. y SANCHEZ LOPEZ, M. P. (1994). **Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas**. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- SANCHEZ POVEDANO, M. y ANGUERA, M. T. (1987). **Abordaje evaluativo de los sucesos de vida**. Actas del II Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid.
- SARAFINO, E. P. y ARMSTRONG, J. W. (1988). **Desarrollo del niño y del adolescente**. México: Trillas (orig., 1980).
- SATTLER, J. M. (1988). **Evaluación de la inteligencia infantil y habilidades especiales** (2ª ed.). México: El Manual Moderno (orig., 1982).
- SCHEIBER, S. C. (1989). Entrevista psiquiátrica, anamnesis y exploración psicopatológica. En J. A. Talbott, R. E. Hales y S. C. Yudofsky (Eds.). **The American Psychiatric Press. Tratado de Psiquiatría**. Barcelona: Ancora (orig., 1988).
- SCHREIBMAN, L. y CHARLOP, M. H. (1993). Autismo infantil. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca (orig. 2ª ed., 1989).
- SCHULTE, D. (1979). El psicodiagnóstico como método para explicar y modificar la conducta. En K. Pawlik (Ed.). **Diagnóstico del diagnóstico**. Barcelona: Herder.
- SEOANE, J. (1980). Problemas epistemológicos de la psicología actual. **Análisis y Modificación de Conducta**, 6, 11-12, 91-107.
- SHINE, K. I. (1987). Ansiedad y enfermedad orgánica. En R. O. Pasnau (Ed.). **Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad**. Madrid: Laboratorios Upjohn.
- SHOTTER, J. D. (1992). Métodos empíricos en la investigación social. En R. Harré y R. Lamb (Eds.). **Diccionario de psicología social y de la personalidad**. Buenos Aires: Paidós (orig., 1986).
- SIDMAN, M. (1960). **Tácticas de investigación científica**. Barcelona: Fontanella, 1978.
- SILVA, F. (1978). El análisis funcional de conducta como disciplina diagnóstica. **Análisis y Modificación de Conducta**, 4, 6, 28-55.
- SILVA, F. (1980). Análisis funcional de conducta y diagnóstico psicológico. **Análisis y Modificación de Conducta**, 6, 11-12, 347-352.

- SILVA, F. (1981). Evaluación de alteraciones conductuales en niños. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carroble (Eds.). **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.
- SILVA, F. (1982). **Introducción al psicodiagnóstico**. Valencia: Promolibro.
- SILVA, F. (1983). La idea del psicodiagnóstico. **Revista de Psicología General y Aplicada**, 28, 2, 191-213.
- SILVA, F. (1988). La evaluación psicológica como proceso. **Evaluación Psicológica/Psychological Assessment**, 4, 1, 31-50.
- SILVA, F. (1989). **Evaluación conductual y criterios psicométricos**. Madrid: Pirámide.
- SILVA, F. (1990). Notas sobre el concepto de evaluación psicológica. En F. Silva (Ed.). **Tendencias recientes en la metodología de la evaluación psicológica**. II Congreso del Colegio de Psicólogos. Valencia.
- SILVA, F. (1993). ¿Dónde está la evaluación conductual?. En J. M. Zumalabe y C. Maganto (Eds.): **Tendencias actuales en el estudio y la evaluación de la personalidad**. San Sebastián: Servicio Editorial UPV.
- SILVA, F. y MARTORELL, C. (1991). Evaluación conductual y evaluación tradicional: La cuestión psicométrica. En V. E. Caballo (Ed.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI.
- SILVA, F. y MORO, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Evaluación conductual hoy**. Madrid: Pirámide.
- SKINNER, B. F. (1953). **Ciencia y conducta humana**. Barcelona: Fontanella, 1974.
- SKINNER, H. A. (1989). Métodos correlacionales en la investigación clínica. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.). **Métodos de investigación en psicología clínica**. Bilbao: DDB (orig., 1984).
- SPIELBERGER, C. D. (1973). **Manual for state-trait anxiety for children**. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press (versión cast. TEA, 1988).
- STAATS, A. W. (1975). **Social behaviorism**. Homewood, Il. : Dorsey Press (trad. El Manual Moderno, 1979).
- STERNBERG, R. J. (Ed.) (1987). **Inteligencia humana (tomo II)**. Barcelona: Paidós (orig., 1982).

- STRELAU, J. (1987). The concept of temperament in personality research. **European Journal of Personality**, 1, 107-117.
- SUNDBERG, N. D. (1977). **Assessment of persons**. New York: Prentice Hall.
- SZEKELY, B. (1966). **Los tests (3 vols.)**. Buenos Aires: Kapelusz.
- TACK, W. (1979). El diagnóstico como ayuda para la adopción de decisiones. En K. Pawlik (Ed.). **Diagnosis del diagnóstico**. Barcelona: Herder (orig., 1976).
- THORNDIKE, R. L. y HAGEN, E. (1970). **Tests y técnicas de medición en psicología y educación**. México: Trillas (orig., 1969).
- TOLMAN, E. C. (1932). **Purposive behavior in animal and men**. New York: Century.
- TOUS, J. M. (1989). Modificación de conducta, Personalidad y Psicología Clínica. En A. Pueyo y J. M. Tous (Eds.). **Psicología diferencial y de la personalidad. Lecturas**. Barcelona: PPU.
- VAYER, P. (1977). **El diálogo corporal**. Barcelona: Científico-Médica (orig., 1971).
- VEGA, J. L. y BUENO, B. (1995). **Desarrollo adulto y envejecimiento**. Madrid: Síntesis
- VERDUGO, M. A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR. **Siglo Cero**, 25, 3, 5-24.
- VERNON, P. E. (1963). **Diagnóstico de la personalidad**. Barcelona: Labor, 1978.
- VIGOTSKY, L. S. (1979). **El desarrollo de los procesos psicológicos superiores**. Barcelona: Crítica.
- VILA, J. (1994). Registros psicofisiológicos. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). **Evaluación conductual hoy**. Madrid: Pirámide.
- VIZCARRO, C. (1987). Aproximaciones empíricas al estudio de proceso diagnóstico. **Evaluación Psicológica/Psychological Assessment**, 3, 3, 299-344.
- VIZCARRO, C. y AREVALO, J. (1990). Evaluación en psicología y psicopatología (I): Cuestiones generales. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (vol.1)**. Madrid: Interamericana.

- WALLON, H. (1980). **Psicología del Niño: Una comprensión dialéctica del desarrollo infantil**. Compilación de J. Palacios (2 tomos). Madrid: Pablo del Río.
- WATSON, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. **Psychological Review**, 20, 158-177.
- WEINER, I. B. (1972). Does psychodiagnosis have a future? **Journal of Personality Assessment**, 36, 534-546.
- WEINER, I. B. (1983). The future of psychodiagnosis revisited. **Journal of Personality Assessment**, 47, 5, 451-461.
- WEINER, I. B. (1992). **Métodos en psicología clínica**. México: Limusa (orig. 2ª ed., 1983).
- WESTMEYER, H. (1979). Problemas fundamentales del diagnóstico. En K. Pawlik (Ed.). **Diagnosis del diagnóstico**. Barcelona: Herder (orig., 1976).
- WESTMEYER, H. (1992). Behavioral assessment: A critical appraisal. **European Journal of Psychological Review**, 20, 158-177.
- WILLIAMS, M. (1982). **Técnicas de evaluación en la práctica clínica**. Madrid: Marova.
- WILLIS, D. J. y WALKER, C. E. (1993). Etiología (en psicopatología infantil). En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca (orig. 2ª ed., 1989).
- WINETT, R. A., RILEY, A. W., KING, A. C. y ALTMAN, D. G. (1993). Prevención en salud mental. Un enfoque proactivo-evolutivo-ecológico. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca (orig. 2ª ed., 1989).
- WOLMAN, B. B. (1970). **Teorías y sistemas contemporáneos en psicología**. Barcelona: Martínez Roca (orig., 1960).
- WOODSWORTH, R. S. y SCHLOSBERG, H. (1962). **Psicología experimental**. Buenos Aires: Eudeba (orig., 1954).
- YARNOZ, S. (1994). **Evaluación psicológica y psicodiagnóstico**. Proyecto Docente. San Sebastián.
- YELA, M. (1980). Prólogo a S. Ayestarán: **Manual de Psicoterapia de Grupo**. Salamanca: Universidad Pontificia.

- YELA, M. (1994). El problema del método científico en psicología. **Anuario de Psicología**, 60, 3-12.
- ZACCAGNINI, J. L. y DELCLAUX, I. (1982). Psicología cognitiva y procesamiento de la información. En I. Delclaux y J. Seoane (Eds.). **Psicología cognitiva y procesamiento de la información**. Madrid: Pirámide.
- ZAZZO, R. (1965). **Manual para el examen psicológico del niño (2 tomos)**. Buenos Aires: Kapelusz (orig., 1960).
- ZAZZO, R. (1993). Alfred Binet. **Perspectivas**, 23, 85/86, 107-119.
- ZAZZO, R., GILLY, M. y VERBA-RAD, M. (1978). **Nueva Escala Métrica de la Inteligencia (2 tomos)**. Buenos Aires: Kapelusz (orig., 1966).
- ZUMALABE, J. M. (1990). La psicología de la personalidad y las teorías cognitivas y del procesamiento de la información. **Revista de Psicología General y Aplicada**, 43, 2, 225-231.
- ZUMALABE, J. M. (1993). Ideas directrices y controversias en el estudio de la personalidad: Análisis histórico. En J. M. Zumalabe y C. Maganto (Eds.). **Tendencias actuales en el estudio y la evaluación de la personalidad**. San Sebastián: Servicio Editorial de la UPV.

