

Evaluación de las expectativas en las investigaciones sobre tratamientos psicológicos

Francisco Villamarín

Universidad Autónoma de Barcelona

Ultimamente se viene insistiendo, en base a una evidencia empírica considerable, en que las expectativas de los sujetos respecto de los tratamientos psicológicos, pueden ser un factor determinante, si no de toda, al menos de buena parte de la eficacia terapéutica de los mismos (Kazdin y Wilcoxon, 1976; Lick y Bootzin 1975; Shapiro, 1981). Por ello se aconseja como práctica metodológica evaluar las expectativas, en especial en aquellas investigaciones en que se comparan tratamientos teóricamente eficaces con procedimientos teóricamente inactivos, esto es, placebos (Bayés, 1982).

Sin embargo, la evaluación de las expectativas presenta problemas metodológicos de cierta importancia, que se articulan básicamente en torno al cómo y al cuándo de la evaluación. En ese sentido, el presente trabajo tiene por objetivo presentar algunas sugerencias metodológicas que considero de cierta utilidad para la evaluación de las expectativas, partiendo de la distinción conceptual entre expectativas de resultados (*outcome expectations*) y expectativas de eficacia (*efficacy expectations*).

El orden de exposición será el siguiente: comenzaré presentando la distinción conceptual entre *expectativas de resultados* y *expectativas de eficacia*. A continuación analizaré algunos de los problemas metodológicos que surgen cuando se intentan medir las expectativas de resultados y las expectativas de eficacia, respectivamente, y apuntaré algunas soluciones. Finalmente, trazaré algunas conclusiones que sinteticen, en cierta manera, la problemática expuesta.

EXPECTATIVAS DE RESULTADOS Y EXPECTATIVAS DE EFICACIA

La distinción, en mi opinión muy esclarecedora, entre *expectativas de resultados* y *expectativas de eficacia* ha sido formulada por Bandura (1977). Según este autor *expectativa de resultados* es la creencia de que un determinado comportamiento irá seguido de unas determinadas consecuencias. *Expectativa de eficacia* es la creencia de que uno es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento, requerido para obtener unos determinados resultados.

Puede que un individuo espere que si se comporta de la manera x obtendrá el resultado y pero no se sienta capaz de realizar el comportamiento x ; y al revés. El que una persona en un momento dado inicie un comportamiento concreto dependerá de la interacción de las fuerzas relativas de ambos tipos de expectativas respecto de ese comportamiento particular.

Las investigaciones que se han ocupado de analizar la relación entre expectativas de los pacientes y eficacia terapéutica de los tratamientos psicoló-

gicos han utilizado en su mayoría, al menos hasta la formulación del constructo de la *autoeficacia*, el concepto de *expectativas de resultados*, pues lo que se pregunta a los pacientes es si la mejoría que esperan que sigue de un determinado procedimiento. Como agudamente señala Bandura (1977), cuando para evaluar las expectativas se interroga de esta manera a los pacientes en cierto modo se está suponiendo que los beneficios que experimentarán provendrán más bien de fuerzas externas que de su esfuerzo y habilidades personales.

EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

Según Lick y Bootzin (1975) la variable *expectativas de mejora* del paciente que genera un tratamiento (*expectancy of therapeutic gain*), que según acabamos de ver cae dentro de la categoría *expectativas de resultados*, es función de un conjunto de variables entre las que se encuentran, entre otras, las siguientes:

- a) La validez aparente o credibilidad del tratamiento.
- b) Las características de la situación terapéutica: puede percibirse como clínica o experimental.
- c) Las instrucciones terapéuticas.
- d) Las experiencias durante el tratamiento que pueden interpretarse como evidencias de mejoría o de empeoramiento.
- e) Las características personales del terapeuta.
- f) Variables del sujeto como conocimiento de los principios terapéuticos, sugestionabilidad básica y experiencia anterior con otros tratamientos.

Aun cuando las expectativas de mejora que genera un tratamiento dependen de todas estas variables, y no sólo de lo plausible y razonable que parezca, suelen utilizarse con relativa frecuencia como intercambiables las expresiones *expectativas de mejora* y *credibilidad del tratamiento*. Creemos, con Jacobson y Baucom (1977), que ha de distinguirse entre ambos conceptos: lo razonable o plausible que parece un tratamiento es sólo uno entre los varios factores que influyen en las expectativas de mejora.

La evaluación de las expectativas de resultados

A) *El cómo:*

- a) *Escalas de autoinforme*. En ellas los sujetos indican el grado en que el tratamiento les parece lógico, creen que será eficaz, etc. Una de las más utilizadas es la elaborada por Borkovec y Nau (1972), que consta de las seis preguntas siguientes: 1. ¿En qué medida te parece lógico este tratamiento? 2. ¿Qué grado de confianza tienes en la eficacia de este tratamiento para solucionar el problema (...)? 3. ¿Hasta qué punto recomendarías este tratamiento a un amigo que sufriese de forma muy acusada el problema (...)? 4. ¿Estás dispuesto a someterte a este tratamiento? 6. ¿En qué medida crees que este tratamiento sería eficaz para otros problemas como (...)?

Para contestar a cada una de estas preguntas ha de rodearse con un círculo uno de los números del 0 al 10 en escalas de once puntos.

En mi opinión, si estamos tratando de evaluar las expectativas de resultados, la pregunta «¿crees que te sería fácil seguir este tratamiento?» debería excluirse del cuestionario de autoinforme, dado que se corresponde con el concepto de *expectativas de eficacia* —creencias del individuo acerca de su propio comportamiento—. No obstante su in-

clusión en el cuestionario original de Borkovec y Nau (1972) es comprensible y excusable si tenemos en cuenta que la distinción entre *expectativas de resultados* y *expectativas de eficacia* (Bandura, 1977), es posterior a la elaboración del mencionado cuestionario.

En investigaciones posteriores al año 1977 se han utilizado para evaluar las *expectativas de resultados*, cuestionarios que incluyen las preguntas 1, 2, 3 y a veces 1, 2, 3 y 4 del cuestionario de Borkovec y Nau. Otras escalas de autoinforme para la evaluación de las *expectativas de resultados* constan de una sola pregunta, del tipo: «¿En qué medida crees que este tratamiento será eficaz para el problema (...)?» o «¿Qué confianza tienes en la eficacia de este tratamiento para solucionar el problema (...)?». Un cuestionario de este tipo es el utilizado por Saldaña (1982) en una investigación sobre biofeedback y dolor de cabeza tensional.

El principal problema de la utilización de cuestionarios similares a los descritos para evaluar expectativas radica en que los sujetos pueden darse cuenta del propósito que persigue el investigador, y por ello existe la posibilidad de que sus respuestas no reflejen sus *expectativas de mejora* respecto del tratamiento, sino las *características de demanda* inherentes a la situación —conjunto de indicios del entorno que transmiten a los sujetos los propósitos del investigador.

- b) *Ejecución simulada*. En vez de preguntar directamente a los sujetos en qué medida creen que el tratamiento *x* les solucionará el problema y o cuestiones similares, pueden evaluarse las *expectativas de resultados* de la manera siguiente. Se realiza una medición pretratamiento de los aspectos relevantes de la conducta problema. Se les describen y muestran a los sujetos los procedimientos de tratamiento, antes de pasar a aplicarlos. Se les pide entonces que simulen una medición postratamiento de los mismos aspectos de la conducta problema. La diferencia entre las medidas simuladas postratamiento y las medidas pretratamiento es un índice de las *expectativas de mejora* generadas por la terapia.

Autores como Kazdin y Wilcoxon (1976) aconsejan utilizar ambos procedimientos de medición de expectativas en un solo estudio.

B) El cuándo:

Las *expectativas de mejora (expectativas de resultados)* pueden medirse al comienzo del tratamiento, durante su aplicación o al final del mismo. También pueden medirse sin aplicar realmente el tratamiento.

- a) *Al comienzo del tratamiento*. Se miden las expectativas después de haber descrito el tratamiento a los sujetos, pero antes de comenzar a aplicarlo.

La evaluación en este momento presenta dos problemas.

En primer lugar, dado que no se ha comenzado a aplicar el tratamiento las medidas de las expectativas reflejarán la plausibilidad de la descripción de la terapia, (*rationale*), pero no las otras variables que influyen en las expectativas de mejora. En segundo lugar, el mismo hecho de preguntar sobre las expectativas de curación antes de aplicar el tratamiento, puede producir sospechas acerca de la eficacia real del mismo, y llevar a los individuos a examinar más críticamente los procedimientos terapéuticos.

De todos modos, en mi opinión, la evaluación de las expectativas después de la descripción del tratamiento puede ser útil, sobre todo si se

desea hacer algún tipo de selección atendiendo a las expectativas de los sujetos que se someterán a tratamiento. En un momento dado puede que interese seleccionar sujetos con expectativas de curación altas, medias o bajas.

- b) *Durante el tratamiento.* Las expectativas medidas en este momento, dado que ya han comenzado a aplicarse los procedimientos terapéuticos, serán un mejor reflejo del conjunto de variables descritas anteriormente. Pero, por esa misma razón, serán en cierta manera un reflejo de la eficacia terapéutica real del tratamiento, y en ese sentido puede que reflejen algo más que los simples *factores accidentales* del tratamiento, según terminología de Grünbaum (1981).
- c) *Al finalizar el tratamiento.* La medición de las expectativas al final del tratamiento, sobre todo si se realiza después de la evaluación postratamiento, exacerba todavía más el problema anterior: es muy probable que sean, fundamentalmente, un reflejo del cambio terapéutico logrado. Por ello, en mi opinión no tiene mayor sentido la evaluación de las *expectativas de resultados* en este momento.
- d) *Independientemente del tratamiento.* También se pueden evaluar las *expectativas de resultados* mediante cuestionarios de autoinforme o ejecución simulada, describiendo simplemente los tratamientos a los sujetos, pero sin que haya intención de aplicarlos realmente. La descripción se suele hacer por escrito. Este es el procedimiento utilizado por Villamarín y Bayés (1984) en una investigación sobre expectativas y desensibilización sistemática.
Como lo más probable es que las *expectativas de resultados* acerca del tratamiento también a medida que se avanza en su aplicación, es aconsejable, siempre que sea posible, su evaluación en distintos momentos.

EXPECTATIVAS DE EFICACIA

Las *expectativas de eficacia* según Bandura (1977), determinan:

- a) La elección de comportamientos: el que se inicien unos u otros.
- b) El grado de esfuerzo y persistencia en los comportamientos elegidos cuando surgen obstáculos y dificultades.

Aunque el constructo *expectativas de eficacia* es aplicable a cualquier fenómeno psicológico que implique elección de comportamientos y esfuerzo en actividades que pueden tener consecuencias adversas, su principal aplicación está en el dominio de la psicoterapia. Por lo que respecta a *expectativas de eficacia y psicoterapia* la suposición básica puede expresarse así: todos los tratamientos psicológicos actúan a través de un mecanismo de acción común, modificando las expectativas de eficacia de las personas respecto de la conducta problema, si bien en función de los medios que utilicen, tendrán mayor o menor capacidad para cambiarlas.

En las *expectativas de eficacia*, a diferencia de las expectativas de mejora respecto del tratamiento pueden distinguirse las tres *dimensiones* siguientes:

- a) *Magnitud o nivel.* Las expectativas de eficacia son tanto mayores cuanto más tareas del mismo tipo pero de dificultad creciente el individuo se siente capaz de ejecutar.
- b) *Fuerza.* Cuando las expectativas de eficacia de un individuo son débiles

pocos fracasos en la ejecución de un comportamiento le harán desistir de su empeño. Si las expectativas de eficacia son fuertes perseverará en sus esfuerzos de la situación.

- c) *Generalidad*. El individuo puede sentirse capaz de ejecutar unas determinadas tareas pero no otras. La generalización de las expectativas de eficacia de unas tareas a otras se producirá en función del grado de semejanza entre ellas.

Una evaluación adecuada de las *expectativas de eficacia* ha de tener en cuenta estas tres dimensiones.

Evaluación de las expectativas de eficacia

Lo mismo que en el caso de las expectativas de resultados, en la evaluación de las expectativas de eficacia distinguiremos dos aspectos: el cómo y el cuándo.

A) *El cómo*

Así como para evaluar las *expectativas de resultados* puede utilizarse prácticamente el mismo tipo de cuestionario cualquiera que sea el problema psicológico y el tratamiento que se propone para solucionarlo, la evaluación de las *expectativas de eficacia* requerirá operacionalizaciones distintas dependiendo del tipo de problema y del tipo de tratamiento.

Dado que hasta el presente las *expectativas de eficacia* se han operacionalizado de maneras distintas en una cantidad considerable de investigaciones empíricas no tendría objeto, entre otras cosas por razones de espacio, hacer una exposición exhaustiva de todos estos modos de operacionalización. Por ello presentaré en primer lugar una breve síntesis de aquellas investigaciones sobre la *autoeficacia*, a mi juicio, más relevantes, para que el lector pueda consultar aquellas que le interesen directamente y, seguidamente, describiré, a modo de ejemplo, dos casos concretos de operacionalización.

En esta breve descripción de las investigaciones empíricas que han trabajado con el constructo *autoeficacia* procuraré citar los estudios más recientes que conozco dentro de cada campo, pues consultando éstos el lector podrá encontrar referencias a la mayoría de investigaciones anteriores en la misma línea.

En primer lugar las *expectativas de eficacia* se han operacionalizado y evaluado en investigaciones en que se utilizan tratamientos psicológicos para solucionar alteraciones comportamentales como fobias, conducta no asertiva y conductas adictivas, en concreto, el hábito de fumar. En el terreno de las *fobias* ha trabajado fundamentalmente el equipo de Bandura, y el estudio más reciente de que tengo noticia es el de Bandura, Reese y Adams (1982). En relación con la *conducta no asertiva* y las *conductas adictivas* merecen citarse, respectivamente, los trabajos de Kazdin (1979) y Coelho (1984), si bien por lo que respecta al hábito de fumar el trabajo que podríamos denominar clásico es el de Condiotte y Lichtenstein (1981).

También se ha trabajado con el constructo *autoeficacia* en otras investigaciones en que se han utilizado tratamientos psicológicos para solucionar problemas de salud no específicamente psicológicos como *disminución de peso* (Bernier y Poser, 1984) y *control del dolor* (Manning y Wright, 1983).

Por último, el constructo expectativas de eficacia se ha utilizado en investigaciones en los terrenos de la *psicología de la educación* (Schunck, 1984), *psicología del deporte* (McAuley y Gill, 1983) y psicología de la *decisión vocacional* (Bectz y Hakett, 1983).

Por lo que respecta a la investigación realiza en nuestro país los únicos trabajos que conozco que hayan utilizado el constructo de la *autoeficacia* son el de Palenzuela (1983), quien ha desarrollado una escala para medir la autoeficacia en situaciones académicas, y el de Santacreu y Marco (1984), sobre la relación entre depresión y cambio de expectativas.

Las primeras investigaciones en que se han medido las *expectativas de eficacia* han sido las realizadas por Bandura y sus colaboradores (Bandura y Adams, 1977; Bandura, Adams y Beyer, 1977; Bandura, Hardy y Howells, 1980; Bandura, Reese y Adams, 1982) utilizando sujetos fóbicos, fundamentalmente fóbicos a las serpientes. En todas estas investigaciones la medición de las *expectativas de eficacia* se realizó paralelamente a la de las conductas abiertas. Es decir, si la evaluación conductual de la fobia consiste en que el sujeto ejecute *n* comportamientos ordenados jerárquicamente por orden de dificultad, para medir las *expectativas de eficacia* se le entrega una lista en que se describen esos *n* comportamientos y respecto de cada uno de ellos, se le pregunta:

- a) Si se siente o no capaz de hacerlo. El número de tareas que se siente capaz de ejecutar es el *nivel* de expectativas de eficacia.
- b) Si se siente capaz, en qué grado, en una escala de 0 a 100. La suma total de las puntuaciones de cada escala es la *fuerza* de las expectativas de eficacia.

Se miden, de igual modo, las *expectativas de eficacia* respecto de un objeto distinto, aunque similar, al que va a utilizarse en el tratamiento, para apreciar su grado de generalización.

Por otra parte Condiotte y Lichtenstein (1981) midieron las *expectativas de eficacia* en un grupo de sujetos fumadores a los que se estaba administrando un tratamiento para dejar de fumar. Para ello se les entregó una lista de 48 situaciones diferentes en que las personas generalmente sienten el impulso de fumar, y respecto a cada situación se les preguntó: «En el momento presente, ¿te sentirías capaz de resistir el impulso de fumar si lo estuvieses intentando por tu cuenta?».

B) *El cuándo*

Las *expectativas de eficacia* suelen medirse al comienzo del tratamiento, después de la evaluación pretratamiento, y al final, generalmente antes y después de la evaluación postratamiento. Se hacen las mediciones en estos momentos para comprobar si cambian realmente, tal como predice la teoría. Suele analizarse el grado de congruencia entre los cambios comportamentales obtenidos y las expectativas de eficacia postratamiento, y se utiliza esta última variable para predecir el mantenimiento de los cambios conductuales conseguidos.

Si se pretende comprobar la predicción de la teoría de la *autoeficacia* de que los cambios en las expectativas de eficacia que se van produciendo a lo largo del tratamiento no son un reflejo especular de los cambios comportamentales logrados, además de al comienzo y al final, pueden y han de medirse tales expectativas a lo largo del tratamiento.

CONCLUSIONES

1.^a) Considerando la evidencia empírica existente parece aconsejable la evaluación de las *expectativas de resultados* y de las *expectativas de eficacia* cuando se apliquen tratamientos psicológicos con la intención de evaluar su eficacia en una situación experimental.

2.^a) Por lo que respecta al *cómo* de la evaluación:

- a) Las expectativas de mejora (*expectativas de resultados*) podrán evaluarse mediante escalas de autoinforme, mediante ejecución simulada de los resultados o combinando ambos métodos de medición en un mismo estudio.
 - b) Para medir las *expectativas de eficacia*, dado que la operacionalización de este constructo puede variar en función del problema y del tratamiento, se aconseja, en primer lugar, consultar aquellas investigaciones sobre autoeficacia relacionadas con el tema que nos ocupe, ya que pueden facilitar la operacionalización del constructo en ese caso concreto. Además, han de tenerse en cuenta las tres *dimensiones* de las expectativas de eficacia: *magnitud, fuerza y generalidad*.
- 3.^a) Por lo que respecta al *cuándo* de la evaluación:
- a) Se aconseja, desde un punto de vista teórico, medir tanto las *expectativas de resultados* como las *expectativas de eficacia*, como mínimo en dos ocasiones durante el tratamiento.
 - b) Desde el punto de vista práctico ha de procurarse que el número de mediciones no sea excesivo y se convierta en una tarea molesta o rutinaria para el sujeto. Si hacemos excesivas mediciones puede que tengamos gran cantidad de información pero su calidad será escasa.
 - c) Es imposible determinar a priori que número de mediciones es «excesivo». Dependerá, fundamentalmente, de la cantidad de sesiones que se prevean para cada tratamiento, cantidad que puede ser muy variable.

Resumen

En las investigaciones en que se comparan tratamientos psicológicos teóricamente eficaces con procedimientos teóricamente inactivos suele aconsejarse como práctica metodológica evaluar las expectativas de los sujetos. Sin embargo, la evaluación de esta variable cognitiva presenta problemas metodológicos importantes que se articulan básicamente en torno al cómo y al cuándo de la evaluación. En el presente trabajo se analizan tales problemas metodológicos y se apuntan algunas soluciones, partiendo de la distinción conceptual entre expectativas de resultados y expectativas de eficacia.

Abstract

Evaluating expectations of the subjects is a methodological procedure advised to the scientific in the research aiming comparisons between theoretically effective and non effective psychological treatments. Nevertheless, the evaluation of this cognitive variable give rise to some methodological problems related to the accurate procedures and time for the test. In the present paper, we analyse this kind of problems and we suggest some solutions to it, starting from the conceptual differences between outcome expectations and efficacy expectations.

Referencias

- BANDURA, A.: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 1977, 84, 191-215.
- BANDURA, A. y ADAMS, N. E.: Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive therapy and Research*, 1977, 1, 287-308.
- BANDURA, A., ADAMS, N. E. y BEYER, J.: Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, 35, 125-139.
- BANDURA, A., ADAMS, N. E., HARDY, A. B. y HOWELS, G. N.: Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 39-66.
- BANDURA, A., REESE, L. y ADAMS, N. E.: Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982, 43, 5-21.
- BAYES, R.: Influence des facteurs non spécifiques dans la thérapie comportementale. *Psychiatrie Francophone*, 1982, 4, 26-32.

- BETZ, N. E. y HACKETT, G.: The relationship of mathematics self-efficacy expectations to the selection of science-based college majors. *Journal of Vocational Behavior*, 1983, 23, 329-345.
- BERNIER, M. y POSER, E. G.: The relationship between self-efficacy, attributions and weight loss in a weight rehabilitation program. *Rehabilitation Psychology*, 1984, 29, 95-105.
- BORKOVEC, T. D. y NAU, S. D.: Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, 257-260.
- COELHO, R. J.: Self-efficacy and cessation of smoking. *Psychological Reports*, 1984, 54, 309-310.
- CONDIOTTE, M. M. y LICHTENSTEIN, E.: Self-efficacy and Relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49, 648-658.
- GRÜNBAUM, A.: The placebo concept. *Behavior Research and Therapy*, 1981, 19, 157-167.
- JACOBSON, N. S. y BAUCOM, D. H.: Design and assessment of nonspecific control groups in behavior modification research. *Behavior Therapy*, 1977, 8, 709-719.
- KAZDIN, A. E.: Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 725-733.
- KAZDIN, A. E. y WILCOXON, L. A.: Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: a methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 1976, 83, 729-758.
- LICK, J. R. y BOOTZIN, R. R.: Expectancy factors in the treatment of fear: methodological and theoretical issues. *Psychological Bulletin*, 1975, 82, 917-931.
- MANNING, M. M. y WRIGHT, T. L.: Self-efficacy expectancies, outcome expectancies and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983, 75, 421-431.
- MACAULEY, E. y GILL, D.: Reliability and validity of the Physical Self-Efficacy Scale in a competitive sport setting. *Journal of Sport Psychology*, 1983, 5, 410-418.
- PALENZUELA, D. L.: Construcción y validación de una escala de autoeficacia percibida específica de situaciones académicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1983, 9, 185-219.
- SALDAÑA, C.: *Eficacia y límites de la técnica de biofeedback en el tratamiento del dolor de cabeza tensional*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, 1982.
- SANTACREU, J. y MARCO, P.: El cambio de las expectativas como modelo explicativo de la depresión. *Psiquis*, 1984, 5, 154-162.
- SCHUNCK, D. H.: Enhancing self-efficacy and achievement through rewards and goals: motivational and informational effects. *Journal of Educational Research*, 1984, 78, 29-34.
- SHAPIRO, D. A.: Comparative credibility of treatment rationales: three tests of expectancy theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 1981, 20, 111-122.
- VILLAMARIN, F. y BAYES, R.: Papel de las expectativas en la eficacia de la desensibilización sistemática: evaluación mediante una estrategia de simulación. *Análisis y Modificación de Conducta*. En prensa.