



Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

**APROXIMACIÓN FUNCIONAL AL ESTUDIO DE LA
INTERVENCIÓN EN LA ENFERMEDAD MENTAL
GRAVE Y DURADERA**

TESIS DOCTORAL

AUTORA: ALEJANDRA ÁLVAREZ IGLESIAS

DIRECTORA: Dra. MARÍA XESÚS FROXÁN PARGA

Madrid, abril de 2017

A María Xesús.

Y a Pepe.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría mostrar mi más sincero agradecimiento por la ayuda brindada desde la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. Quiero agradecer especialmente a Antonio Cortines, Gemma de Frutos y Jesús Saiz; y, por supuesto, a todos los terapeutas que han accedido a participar en este estudio. Creo que sobra decir que sin ellos esta tesis doctoral no habría sido posible, y espero que gracias a su generosidad podamos seguir mejorando en la comprensión e intervención de problemas psicológicos tan complicados como los aquí estudiados. En ese sentido, me gustaría pensar que cuando se trata de problemas psicológicos, como decía García Márquez, no hay medicina que cure lo que no cura la felicidad, y espero que este trabajo sirva para acercarnos un poco más a comprender cómo conseguirla.

Gracias a María Xesús Froxán por enseñarme tanto. Con ella me doy cuenta de lo mucho que una persona puede hacer en la vida de otra. Al margen de todo el aprendizaje académico, siendo la mejor psicóloga que conozco, ella también me ha enseñado a vivir una vida más simple y más feliz.

También gracias a mis compañeros de laboratorio por toda su ayuda. Aquí también sin duda quiero mencionar a Imanol quien, aun sin ser del equipo, sí ha formado parte de este proceso interesándose por esta investigación y dándome todo su apoyo.

A mi familia, porque con su apoyo incondicional ha sido posible que siga este camino. Gracias a ellos ha sido posible terminar esta tesis doctoral siendo medio venezolana, donde la palabra “doctorado” es prácticamente inexistente, y medio española, donde la psicología clínica es, a la fuerza, una especialidad altamente vocacional. A mi padre porque con su moral implacable me ha enseñado el valor del trabajo bien hecho. A mi madre por su amor y valentía. A mi tía Celia, porque para mí es un miembro más de mi núcleo familiar, un apoyo y un referente. A todos ellos quiero agradecer por todo lo que me han enseñado, por sus valores y por todo su amor.

A mis amigos, pero especialmente a Clara y Cristina, porque son tan divertidas y tan adorables que han logrado que me ría hasta de los momentos más terribles y absurdos de este proceso. Gracias por el apoyo, y por no quejarse en ningún momento de haber pasado una

época monotemática, y no haber sido capaz de estar con ellas todo lo que hubiese querido a causa de la famosa tesis.

Por último quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Pepe. Porque para mí es una fuente inagotable de inspiración. Pepe siempre lo hace todo mejor. Gracias por lograr que días y días (y en algún caso, meses) enteros trabajando sin parar en casa resultasen agradables y divertidos. Gracias por el apoyo, y por estar listo para celebrar de la mejor manera posible haber terminado este proceso. Me siento increíblemente afortunada por tenerlo a mi lado.

ÍNDICE

RESUMEN (Versión en castellano)	1
ABSTRACT (English version)	3
CAPÍTULO I INTERVENCIÓN DE LAS DENOMINADAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADEROS: ESTADO ACTUAL	5
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INTERVENCIONES EFICACES EN LAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS.....	8
2.1 Depresión.....	9
2.2 Trastorno Bipolar	17
2.3 Esquizofrenia.....	21
2.4 Trastorno de Personalidad Límite	30
3. CONCLUSIONES.....	33
CAPÍTULO II APROXIMACIÓN FUNCIONAL A LAS DENOMINADAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS	39
1. INTRODUCCIÓN.....	39
2. CONCEPTUALIZACIÓN FUNCIONAL DE LAS DENOMINADAS EMGD.....	43
2.1 Contexto amplio	44
2.2 Contexto próximo y funcionalidad.....	46
3. PSICOTERAPIA PARA LAS DENOMINADAS EMGD	59
3.1 Modelo médico de la psicoterapia vs modelo conductual.....	59
3.2 La psicoterapia desde el punto de vista conductista.....	61
3.3 Alternativas psicoterapéuticas actuales para las denominadas EMGD.....	63
4. CONCLUSIONES.....	66
CAPÍTULO III MARCO GENERAL DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN	69
1. INTRODUCCIÓN.....	69
2. CONTEXTO HISTÓRICO DE ESTA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	71
3. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE ENMARCA EL PRESENTE ESTUDIO	73
4. INTRODUCCIÓN AL PRESENTE ESTUDIO	78

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CONDUCTA VERBAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS DENOMINADAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS	83
1. INTRODUCCIÓN.....	83
2. MÉTODO	86
2.1 Participantes	86
2.2 Variables e instrumentos	90
2.3 Procedimiento.....	93
3. RESULTADOS	97
3.1 Sistema de categorización de la conducta verbal de terapeuta y usuario	97
3.2 Estadísticos descriptivos.....	104
3.3 Análisis de conglomerados.....	107
4. DISCUSIÓN.....	109
CAPÍTULO V ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN VERBAL EN TERAPIA	117
1. INTRODUCCIÓN.....	117
2. MÉTODO	121
2.1 Participantes	121
2.2 Variables e instrumentos	122
2.3 Procedimiento.....	124
3. RESULTADOS	125
4. DISCUSIÓN.....	131
CAPÍTULO VI COMPARACIÓN DE LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA ENTRE DOS MODELOS DE TERAPIA.....	141
1. INTRODUCCIÓN.....	141
2. MÉTODO	143
2.1 Participantes	143
2.2 Variables e instrumentos	146
2.3 Procedimiento.....	148
3. RESULTADOS	149
3.1 Comparación de los resultados del análisis de conglomerados.....	149
3.2 Análisis secuencial	153
4. DISCUSIÓN.....	159

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES FINALES (versión en castellano) 167

1. CONSECUENCIAS DEL USO DE UN MODELO MÉDICO EN LA SOCIEDAD.....	168
2. CONSECUENCIAS DEL USO DEL MODELO MÉDICO EN LA PSICOTERAPIA.....	169
3. CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS.....	171
3.1 Actividades clínicamente relevantes	171
3.2 Secuencias funcionales.....	172
3.3 La interacción terapéutica como forma de distinguir entre el modelo de enfermedad y el modelo psicológico.....	173
4. POSIBLES MEJORAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	174
4.1 Estudio I	175
4.2 Estudio II.....	177
4.3 Estudio III.....	178
5. CONCLUSIÓN GENERAL.....	179

CHAPTER VII FINAL CONCLUSIONS (English version) 181

1. CONSEQUENCES OF THE USE OF A MEDICAL MODEL IN SOCIETY.....	182
2. CONSEQUENCES OF THE USE OF A MEDICAL MODEL IN PSYCHOTHERAPY	183
3. KEY TAKEAWAYS FROM EMPIRICAL STUDIES	184
3.1 Clinically relevant activities.....	184
3.2 Functional sequences.....	185
3.3 Therapeutic interaction as a formula to differentiate the medical (illness) model and the psychological model	186
4. POTENTIAL IMPROVEMENTS AND FUTURE RESEARCH AREAS	188
4.1 Study I	188
4.2 Study II.....	190
4.3 Study III.....	191
5. GENERAL CONCLUSION.....	191

REFERENCIAS..... 193

ANEXOS.....	223
ANEXO A: SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL EN TERAPIA DE ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS (SC-CVT-EMGD).....	225
SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA (SISC-CVT).....	229
1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS	229
2. COMENTARIOS GENERALES	230
2.1 Conducta a categorizar	230
2.2 Criterios generales de categorización.....	231
2.3 Tipos de categorías	232
2.4 Registro de las categorías estado y las categorías evento	233
2.5 ¿Qué son los modificadores?.....	233
3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN	234
3.1 Función discriminativa	234
3.1.1 Función discriminativa. Modificador “Indicando” (la dirección deseada de la respuesta)	244
3.1.2 Función discriminativa. Modificador. “Sin indicar” (la dirección deseada de la respuesta)	246
3.1.3 Función discriminativa. Modificador “Conversacional”	247
3.2 Discriminativo fallido.....	251
3.3 Función de refuerzo.....	254
3.3.1 Función de refuerzo. Modificador “Bajo”	264
3.3.2 Función de refuerzo. Modificador “Medio”	265
3.3.3 Función de refuerzo. Modificador “Alto”	265
3.4 Función de castigo.....	266
3.4.1 Función de castigo. Modificador “Bajo”	270
3.4.2 Función de castigo. Modificador “Medio”	271
3.4.3 Función de castigo. Modificador “Alto”	271
3.5 Función informativa	272
3.6 Función instructora.....	278
3.7 Función instructora laxa	283
3.8 Función motivadora.....	285
3.9 Otras	291

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL

USUARIO (SISC- CVU).....	296
1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS:	296
2. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN	297
2.1 Proporcionar información.....	297
2.2 Solicitar información.....	298
2.3 Seguimiento de instrucciones.....	299
2.3.1 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Seguimiento de instrucciones dentro de sesión”	300
2.3.2 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión total”.....	300
2.3.3 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión parcial”.....	300
2.3.4 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión total”.....	300
2.3.5 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión parcial”.....	300
2.4 No seguimiento de instrucciones.....	301
2.4.1 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “No seguimiento de instrucciones dentro de sesión”	301
2.4.2 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión”.....	302
2.4.3 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión”.....	302
2.5 Verbalizaciones proterapéuticas.....	302
2.6 Verbalizaciones antiterapéuticas	308
2.7 Delirios y alucinaciones	318
2.8 Lenguaje desorganizado	319
2.9 Otras usuario.....	323
2.10 Casos especiales durante el registro	325
ANEXO B: MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	327

RESUMEN

(Versión en castellano)

La presente tesis doctoral aborda el estudio de la intervención en las denominadas enfermedades mentales graves y duraderas (EMGD) – los trastornos psicóticos, bipolares, depresivos y el trastorno límite de la personalidad. El estado actual de la práctica clínica en esta área presenta muchas limitaciones si se compara con el éxito alcanzado en el tratamiento de otros problemas psicológicos. Las intervenciones que muestran un elevado apoyo empírico se enmarcan dentro de un modelo médico que entiende el origen y mantenimiento de estos problemas como consecuencia de problemas biológicos y cognitivos. Estas conceptualizaciones parecen dejar de lado u otorgan un papel secundario al contexto en el que aparecen estos problemas psicológicos. Sin embargo, son muchos los estudios que resaltan la importancia de estos factores para su desarrollo. El planteamiento de este trabajo es que una perspectiva conductual podría aportar claridad a la hora de interpretar el papel de los factores psicosociales. Esta aproximación no resulta incompatible con el modelo médico procedente de la psiquiatría, que busca las posibles bases biológicas de estas problemáticas, pero reclama el uso de un modelo contextual desde la psicología que permita explicar el papel que juegan los factores contextuales tan comúnmente asociados con su desarrollo.

Este trabajo pretende estudiar desde una perspectiva conductual y a través del análisis de la interacción terapéutica los procesos de aprendizaje que se dan en sesión. Mediante varios estudios siguiendo esta línea, se puede ilustrar el papel del contexto en el mantenimiento de estos problemas, así como las herramientas y limitaciones del psicólogo como agente de cambio.

El primer estudio expone el instrumento de medida SC-CVT-EMGD, resultado de la depuración del instrumento empleado en estudios anteriores, que será utilizado a lo largo de

todos los tres estudios empíricos incluidos en este texto; realiza un análisis descriptivo de la conducta verbal en terapia de EMGD tras analizar 66 grabaciones de sesiones de terapia y; por último, presenta un análisis de conglomerados que permite categorizar las sesiones de terapia observadas en función de la conducta verbal del terapeuta en cada una de ellas. El segundo estudio lleva a cabo un análisis secuencial para estudiar la interacción verbal entre terapeutas y usuarios y detectar secuencias de conducta relevantes para comprender el proceso de cambio terapéutico. El tercer y último estudio consiste en un análisis comparativo de la interacción terapéutica en dos contextos diferentes: el modelo médico y el modelo psicológico. Los resultados de la comparación apuntan a que las principales diferencias entre ambos tipos de terapia se encuentran en el grado de directividad empleado por el terapeuta.

Finalmente, se concluye que la manera en la que ambos grupos de terapeutas dirigen la terapia podría afectar al proceso de cambio, es decir, al mantenimiento y o cambio de los problemas tratados.

ABSTRACT**(English version)**

This doctoral thesis/dissertation approaches the study of interventions in the so-called severe and persistent mental illness (SPMI) – psychotic issues, chronic depression or personality disorders. The current state of clinical practice in this area presents many limitations when compared to the success achieved in the treatment of other psychological problems. The majority of interventions showing high empirical support are framed within a medical model that considers the origin and maintenance of these issues to be the result of biological and cognitive problems. These conceptualisations seem to leave aside or give a secondary role to the context in which these psychological problems appear. However, there are a number of studies that highlight the importance of these factors for their development. The approach of this work is that a behavioural perspective could provide clarity when interpreting the role of psychosocial factors in these issues. This approach is not incompatible with the psychiatry's medical model, which seeks the possible biological bases of these problems. Instead, it calls for the use of a psychology's contextual model that makes it possible to explain the role of contextual factors so commonly associated with the development of these issues.

This work tries to study the learning processes that take place in session from a behavioural perspective and through the analysis of the therapeutic interaction. Through several studies along this line, it is possible to illustrate the role of the context in the maintenance of these problems, as well as the tools and limitations of the psychologist as an agent of change.

The first study describes the SC-CVT-EMGD measurement instrument, which is the result of a detailed review of the instrument used in prior studies. In addition, this first study conducts a descriptive analysis of the verbal behaviour across 66 recorded SPMI therapy

sessions. Lastly, this study presents a cluster analysis that allows the categorisation of the observed therapy sessions into groups according to the therapist's verbal behaviour.

The second study carries out a sequential analysis in order to identify behavioural sequences of therapists and users that are relevant to understand the therapeutic change.

The third and last study includes a comparative analysis of the therapeutic interaction in two different environments: the medical model and the psychological model. The results of this comparison suggest that the main differences between these types of therapies lie in the degree of directivity applied by the therapist.

The conclusion from this doctoral dissertation is that the manner in which each group of therapists direct therapy could affect the process of change understood as the maintenance or modification of the problems being addressed.

CAPÍTULO I

INTERVENCIÓN DE LAS DENOMINADAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADEROS: ESTADO ACTUAL

1. INTRODUCCIÓN

El elevado impacto que las denominadas enfermedades mentales graves y duraderas (en adelante EMGD) tienen sobre la vida de un gran número de personas, así como en sus familiares y la sociedad en su conjunto, explica el gran esfuerzo llevado a cabo desde la comunidad científica para buscar soluciones a dichos problemas psicológicos. En este sentido, existe una gran cantidad de estudios llevados a cabo que pretenden dar explicación al origen de estos problemas y encontrar tratamientos eficaces y eficientes que ayuden a mejorar la situación de quienes los sufren. La presente tesis doctoral se suma a estos esfuerzos y tiene como objetivo hacer una aproximación funcional a la conceptualización de las EMGD a través del estudio de la interacción terapéutica, con el fin último de poder contribuir a la mejora de estos tratamientos. Para ello, no obstante, es necesario repasar las distintas aproximaciones existentes, así como sus avances y limitaciones, lo cual es el objetivo de este capítulo.

Las denominadas enfermedades mentales graves y duraderas comprenden la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares y depresión severa y crónica (Lin, Reniers y Wood, 2013), pero además algunos autores también incluyen en esta lista algunos trastornos de personalidad (Goldman, Gatozzi, y Tanbe, 1981). Todas estas etiquetas diagnósticas tienen en común los siguientes elementos: son problemas de

difícil solución; las personas diagnosticadas tienen dificultades crónicas para el desarrollo de sus capacidades funcionales en su vida diaria, tanto a nivel social y laboral como en aspectos básicos de higiene personal y autocuidado; y su diagnóstico es incapacitante, teniendo asociados diferentes grados de discapacidad en función de las dificultades para su desenvolvimiento autónomo, lo cual exige una gran cantidad de recursos no solo por parte de los cuidadores sino también de la sociedad (Deacon, 2013; Drake y Whitley, 2014; Goldman et al., 1981; Saiz y Chévez 2009; Stender, Bryant-Comstock y Phillips, 2002).

El proceso de evaluación y de intervención sobre estos problemas psicológicos hoy en día está dominado por un modelo biomédico. De esta concepción derivan los manuales diagnósticos que se utilizan para evaluar dichos problemas. Estos ofrecen una clasificación de las denominadas enfermedades mentales basada en la presencia de criterios o síntomas. En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición – DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE – 10) publicado por la Organización Mundial de la Salud, son los referentes en este área.

En cuanto a la intervención psicológica, existen varias organizaciones cuyo objetivo es proporcionar información sobre las alternativas que se han mostrado eficaces para los diferentes problemas psicológicos, y promocionar el uso de las que tienen un elevado apoyo empírico. Las más sobresalientes son la Asociación Americana de Psicología (APA) y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) en Reino Unido. En este capítulo se utilizará como referencia la APA, cuya División 12, centrada en la psicología clínica, se basa en los criterios descritos por Chambless y Hollon (1998) para establecer el apoyo empírico que tiene un tratamiento

determinado para un problema concreto. Esta División otorga la etiqueta de “tratamiento con elevado apoyo empírico”, si es considerado como un tratamiento bien establecido atendiendo a la terminología de la APA. Esto ocurre cuando estudios bien diseñados y llevados a cabo por investigadores independientes convergen para avalar la eficacia del tratamiento, para lo cual deben consistir en pruebas controladas aleatorizadas o pruebas de rigurosidad similar (Division 12 APA, 2016). En este capítulo se incluyen aquellas intervenciones que bajo estos criterios se considera que tienen un elevado apoyo empírico y están incluidas en su lista de intervenciones psicológicas recomendadas (Division 12 APA, 2016). Además, por su relevancia debido a sus grandes aportaciones y popularidad en la práctica, también se incluyen aquellas intervenciones que se encuentran dentro de la denominada tercera ola, y que cuentan con un “modesto” apoyo empírico. Se considera “modesto” si cumple con los criterios para ser considerado un tratamiento probablemente eficaz según Chambless y Hollon (1998). Para poder obtener esta etiqueta, es necesaria la publicación de un estudio bien diseñado, o dos o más estudios adecuadamente diseñados que apoyen la eficacia del tratamiento. A modo de aclaración, merece la pena subrayar las diferencias que en psicología existen entre los términos “eficacia” – entendida como la probabilidad de que se beneficie de tratamiento bajo condiciones ideales de aplicación de forma experimental – “efectividad” – probabilidad de que se beneficie del tratamiento en condiciones reales – y “eficiencia” – que pone en relación el beneficio del tratamiento con los costes asociados.

Pese a que son varios los problemas psicológicos que se consideran graves y duraderos, este capítulo se centra en los diagnósticos más severos, más comunes o más emblemáticos dentro de sus categorías, a saber, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y trastorno límite de la personalidad.

A lo largo de este capítulo se describen todas las alternativas que según la APA muestran un elevado apoyo empírico, algunas nuevas alternativas que se enmarcan dentro de las terapias de tercera generación y, por último, las opciones farmacológicas más utilizadas para cada uno de los problemas. Se ha decidido incluir este último aspecto por su influencia en las intervenciones psicológicas desde varios puntos de vista. En primer lugar, la eficacia de los fármacos ha servido de referencia para evaluar las alternativas psicológicas al ser los primeros tratamientos en ser estudiados de manera sistemática (Pérez y García, 2001). Adicionalmente, existen casos en los que los propios fármacos determinan la pertinencia de la terapia psicológica, ya que esta sirve de soporte al tratamiento psicofarmacológico, estando entre sus objetivos principales la adherencia a la medicación. Esto es una prueba más del dominio que la industria farmacéutica ha tenido por mucho tiempo y sigue teniendo en la actualidad en la intervención de los trastornos mentales.

El desarrollo y uso de todas estas alternativas actuales de intervención para estos problemas psicológicos han contribuido a los indudables avances que se han conseguido tanto en la evaluación como en la intervención sobre estos problemas. El objetivo de este capítulo es describirlas, reconocer los logros obtenidos y reflexionar acerca de los desafíos ante los que nos encontramos.

2. INTERVENCIONES EFICACES EN LAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS

A continuación se presentan las intervenciones consideradas eficaces desde un modelo médico para cada una de las denominadas EMGD. Para cada una de las etiquetas diagnósticas se realizará una breve conceptualización desde una perspectiva

médica para después listar cada una de las alternativas psicoterapéuticas recomendadas por contar con elevado apoyo empírico. Como se verá a lo largo del capítulo, el significado de eficacia variará en función de la etiqueta y la técnica de intervención, conformándose en algunos casos con conseguir objetivos como la adherencia a los psicofármacos y la comprensión de la denominada enfermedad desde un modelo médico.

Cabe destacar que estas conceptualizaciones no son compartidas por la línea de investigación donde se enmarca la presente tesis doctoral, y que lo que se pretende es hacer una descripción de la situación actual dominante tanto a la hora de conceptualizar como de tratar estos problemas. Desde nuestra aproximación, que es una aproximación funcional, la denominada sintomatología incluida en los criterios diagnósticos de cada una de estas etiquetas incluye problemas de conducta en relación con el contexto en el que se dan, independientemente de la posible influencia biológica que puedan tener. El objetivo del psicólogo clínico, desde esta perspectiva, es analizar las contingencias que controlan dichas conductas. Por lo tanto, es una aproximación transdiagnóstica en la que el interés no recae en la morfología de la conducta sino en la función, la cual determinará la elección de las técnicas de intervención.

2.1 Depresión

Depresión incluye entre sus criterios diagnósticos no solo sentimientos de tristeza sino además sentimientos de vacío, desesperanza, estado de ánimo irritable, problemas de sueño y alimentación, y cambios cognitivos que afectan a la capacidad de funcionar adecuadamente (American Psychiatric Association, 2013).

Se estima que en los países con elevados ingresos una quinta parte de la población se verá afectada alguna vez a lo largo de su vida por problemas de depresión

(Jacobi et al., 2004). Pero además, la depresión a menudo se mantiene como un problema crónico, con episodios prolongados o con una remisión incompleta durante los episodios (Torpey y Klein, 2008).

Los problemas de depresión pueden conllevar una disminución de las habilidades para funcionar de manera normal a nivel laboral y social (Barth et al., 2013). Produce un empeoramiento en la salud equivalente a enfermedades crónicas como diabetes o artritis (Kupfer, Frank, y Phillips, 2012), con un mayor uso de los servicios de salud, y un mayor riesgo de suicidio que población normal (Arnow y Constantino, 2003; Torpey y Klein, 2008). En el caso de depresión crónica todos estos problemas están presentes de manera más profunda (Schramm et al., 2011).

Sin duda es uno de los problemas psicológicos más estudiados, y esto ha derivado en una proliferación de alternativas tanto psicológicas como psicofarmacológicas.

2.1.1 Aproximación desde la Psicología

Todas las corrientes dentro de la psicología han intentado dar una explicación y proponer una solución a estos problemas, pero hasta ahora las más exitosas han sido las alternativas cognitivo conductuales. A continuación, de manera cronológica, se profundizará en cada una de las soluciones que se han mostrado efectivas.

Terapia de Solución de Problemas

Fue desarrollada por D'Zurilla y Goldfried en 1971, y ha sido refinada tanto a nivel teórico como práctico a lo largo de los años principalmente por D'Zurilla y Nezu (Bell y D'Zurilla, 2009). Está basada en modelo de estrés y bienestar, tanto psicológico como social y de salud, donde la solución de problemas juega un importante rol como

moderador en la relación entre las situaciones estresantes de la vida y el bienestar (Bell y D’Zurilla, 2009; D’Zurilla y Nezu, 1990). La solución de problemas reduciría el impacto negativo en el bienestar, y aumentaría el funcionamiento positivo (Bell y D’Zurilla, 2009). En términos conductuales, la depresión derivaría de una mala resolución de las situaciones problemáticas, que traerían como consecuencia un baja tasa de reforzamiento positivo (Pérez y García, 2001).

Se trata de una terapia estructurada que cuenta con 14 módulos, y cada uno de ellos se centra en diferentes objetivos (por ejemplo, mejora de la habilidad para tomar decisiones, control de emociones disruptivas o aumentar la habilidad para generar soluciones alternativas). No obstante, es una terapia sensible a los objetivos terapéuticos específicos de cada caso, permitiendo hacer énfasis en las áreas necesarias (D’Zurilla y Nezu, 2010).

Terapia de Auto Control

Esta terapia está enmarcada dentro del paradigma conductual, y fue desarrollada en 1977 (Rehm, 1977) basándose en el modelo de Kanfer (1970) de autocontrol, entendido como una auto restricción o control de la impulsividad, y que requiere que se muestre una conducta en ausencia relativa de estimulación inmediata.

Esta aproximación asume que la depresión puede ser caracterizada como una serie de déficits en el auto manejo de la conducta (Rehn, Kaslow y Rabin, 1987), considerando concretamente que incluye una atención selectiva hacia los eventos negativos y las consecuencias inmediatas de los mismos. Asume además la presencia de estrictas normas de autoevaluación, inexactas atribuciones negativas de la responsabilidad de los acontecimientos, insuficiente auto refuerzo y excesivo auto castigo.

El objetivo último de esta terapia es dotar de estrategias al cliente que le permitan controlar o modificar su propia conducta para poder alcanzar metas a largo plazo (Rehm, 1991). Es una terapia altamente estructurada, que se lleva a cabo entre 6 y 12 sesiones (en formato individual o grupal), donde se trabajan tres componentes: auto seguimiento, auto evaluación y auto reforzamiento (Rehm, et al., 1981).

Pese a que es una terapia con un elevado apoyo empírico que demuestra su eficacia para tratar problemas de depresión, no es frecuentemente utilizada en la práctica clínica. Esto puede deberse tanto a la mayor popularidad de otros tratamientos más novedosos, como a la extensa lista de estudios que se han realizado para demostrar su eficacia, pero también para comprender a qué se debe su éxito, concluyendo que si se utilizan solo algunos de sus componentes se obtienen los mismos resultados que llevando a cabo la terapia completa (Pérez y García, 2001).

Terapia Cognitiva

También conocida como terapia de Beck, fue desarrollada a finales de los años cincuenta por dicho autor y se formalizó a finales de los años setenta (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Esta terapia, de igual manera que las terapias conductuales, tiene su propia teoría, proceso de evaluación e intervención. La teoría asume que los síntomas conductuales, afectivos y motivacionales de la depresión se deben a una distorsión en el procesamiento de la información, que deriva en una constante visión negativa de sí mismo, el futuro y el mundo (DeRubeis, Webb, Tang y Beck, 2010).

El procedimiento de intervención es muy estructurado, contando entre 15 y 25 sesiones (Pérez y García, 2001), y dos grandes componentes: los cognitivos y los conductuales; siendo el componente principal, por supuesto, el cognitivo. La terapia suele empezar con técnicas conductuales dirigidas a la activación, pero el peso recae

sobre lo ocurre después, en la aplicación de técnicas cognitivas dirigidas a modificar los pensamientos automáticos y los esquemas o creencias subyacentes (DeRubeis et al., 2010).

Esta terapia es la intervención psicológica más utilizada, y la que ha sido más comparada con la medicación, pero, tal y como afirma Pérez (2007) se plantea la cuestión acerca de si su eficacia se debe a la terapia en conjunto o quizá más bien a alguno de sus componentes cognitivos o conductuales.

Psicoterapia Interpersonal

La psicoterapia interpersonal fue desarrollada en los años 70 por Klerman tras la observación clínica de la importancia del duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y déficits en habilidades sociales (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984; Weissman y Markowitz, 1998). Inicialmente fue planteada como una terapia de continuación y mantenimiento sin teoría general de la depresión, y posteriormente terminó siendo un tratamiento agudo de base clínico-empírica (Pérez y García, 2001). Esta terapia está basada en la premisa de que la depresión ocurre en un contexto social e interpersonal, y se centra en las relaciones presentes, no en las pasadas (Feijo de Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdeli y Neugebauer, 2005; Kupfer et al., 2012).

La estructura de esta terapia cuenta con tres fases que se llevan a cabo en 16 sesiones (Feijo de Mello et al., 2005): la primera, que consta de una a tres sesiones, está orientada a realizar un diagnóstico, y evaluar su situación y funcionamiento social y cómo influye en el estado de ánimo; la segunda consiste en el desarrollo de estrategias específicas para el área interpersonal, problemática detectada en la primera fase; y la

última está orientada a consolidar los cambios terapéuticos, y reforzar el sentido de independencia y competencia percibido por el paciente tras los cambios.

Pese a esta carencia de solidez teórica, los resultados obtenidos en diferentes investigaciones muestran que obtiene resultados similares a cualquiera de las terapias descritas previamente al tratar la depresión (Cuijpers et al., 2013), con efectos de moderados a grandes efectos (Barth et al., 2013).

Sistema de Análisis Cognitivo Conductual de la Psicoterapia

Creada en 1984 por McCullough para abordar los retos que supone tratar los problemas de depresión mayor crónica, en esta terapia se incluyen componentes cognitivos, conductuales, interpersonales y psicoanalíticos (McCullough, 1991; Schatzberg, et al., 2005;). Es estructurada y directiva, lo cual la asemeja a las terapias cognitivo conductuales, y se centra principalmente en las interacciones interpersonales, incluyendo la que se tiene con el terapeuta (Keller, et al., 2000). Está basada en un modelo que considera que la depresión crónica se experimenta debido a una desconexión con el entorno que deriva en una disminución de una retroalimentación importante en patrones interpersonales problemáticos y relaciones (McCullough, 1991). En terapia, la persona aprende a enfocarse en las consecuencias de su conducta y sus cogniciones, entendiendo que estas pueden perpetuar sus problemas interpersonales; y a usar un algoritmo de solución de problemas para resolver patrones desadaptativos que generan dificultades interpersonales (Keller, et al., 2000).

Activación Conductual

Es una terapia conductual que ha emergido como la más eficaz para la depresión, demostrando serlo más que la terapia cognitiva. Además, se ha mostrado

igual de eficaz que la medicación, pero más eficiente (Pérez, 2007). Tiene su origen en la investigación de los componentes de la terapia cognitiva, más concretamente en un impecable estudio publicado por Jacobson 1996 donde se descartó que fuese necesario el cambio en los esquemas subyacentes para el tratamiento de la depresión (Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, 1996; Pérez, 2007). A este estudio, no exento de críticas, le siguieron muchos otros que confirmaban la eficacia de esta alternativa. Así, como ya se ha mencionado, la activación conductual muestra que puede obtener los mismos resultados que otras alternativas de psicoterapia y también que la medicación. Pero su superioridad se halla en que es la más parsimoniosa, siendo la intervención menos compleja pero con una base teórica sólida. Con un marco analítico funcional, usa los principios del condicionamiento operante a través de la programación y promoción de actividades que le volverán a conectar con los refuerzos positivos (Ekers et al., 2014).

Es también una terapia estructurada con varios componentes: establecimiento de la relación terapéutica, presentación del modelo, realización de análisis funcional de los eventos del día a día, establecimiento de objetivos de la terapia, revisión del tratamiento y prevención de recaídas (Barraca, 2009; Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001). Estos componentes son los que cualquier otra terapia de conducta posee, y no detalla más la estructura ni plantea pasos a seguir en cada sesión porque está basada en un modelo contextual e idiográfico (Jacobson et al., 2001).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Tiene un modesto apoyo empírico y se enmarca dentro de las terapias de tercera generación, de igual manera que la activación conductual.

Esta terapia fue diseñada por Hayes (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), y está basada en la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Los objetivos clínicos generales de la ACT son reducir el dominio del contenido literal verbal de la cognición que ocasiona el comportamiento de evitación, y construir un contexto alternativo donde el comportamiento alineado con los valores de la persona tiene mayor probabilidad de ocurrir (Hayes, 2004). La intervención está basada en la modificación de la función de los pensamientos en lugar de en su contenido (Churchill, et al., 2013).

Aunque los resultados obtenidos hasta ahora muestran una diferencia significativa en las tasas de respuesta clínica a favor de estas nuevas terapias en comparación con las terapias más usuales (las mencionadas previamente), los estudios de donde provienen no son de buena calidad, observándose alineación por parte de los terapeutas hacia los tratamientos activos (Churchill et al., 2013).

2.1.2 Aproximación desde la Psiquiatría

Los antidepresivos clásicos incluyen antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y sales de litio. Los primeros incluyen la imipramina y la amitriptilina, y estos fármacos han sido por mucho tiempo los tratamientos de referencia para medir la eficacia de nuevos tratamientos tanto psicofarmacológicos como psicológicos (Quitkin, Rabkin, Gerald, Davis y Klein, 2000). Los IMAO han destacado por eficacia para tratar depresiones crónicas y atípicas (Vallejo, 2000). Las sales de litio son un clásico en el tratamiento de trastornos bipolares (Becoña y Lorenzo 2001).

Los antidepresivos de nueva generación incluyen una larga lista de opciones que, sin embargo, no guarda relación con la variedad de alternativas clínicas disponibles. Se trata más bien de sucesivas copias de composiciones químicas, más que

de genuinos avances en psicofarmacología (Cipriani et al., 2009). Entre estos fármacos se incluyen los inhibidores reversibles de la MAO, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSN), y los antidepresivos atípicos.

A día de hoy, no parece existir una supremacía de los antidepresivos de segunda generación frente a los de primera generación en cuanto a eficacia, sin embargo su clara ventaja es que generan menos efectos secundarios (Sáiz y Montes, 2000). Una rara excepción es el estudio de Cipriani et al. (2009) donde se concluye que la sertralina muestra cierta superioridad respecto a otras alternativas de segunda generación en cuanto a su eficacia y aceptabilidad (entendida como la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, y la ausencia de discontinuación del tratamiento).

La presente situación en la psicofarmacología para tratar los problemas de depresión parece similar a la de la psicología: no hay una clara supremacía de un fármaco frente a otro (Herrera, 2015), ni están claros los mecanismos que expliquen la eficacia de estos fármacos (Pérez y García 2001). Además, estos fármacos muestran beneficios modestos si se compara con un tratamiento placebo (Kirsch et al., 2008).

2.2 Trastorno Bipolar

No es casualidad que el DSM 5 haya decidido situar el capítulo dedicado al trastorno bipolar entre el capítulo de los trastornos depresivos y el de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Lo ha hecho como una manera de reconocer que efectivamente supone un punto de conexión entre ambos problemas, compartiendo características con uno u otro en función de la fase en que se encuentre: episodio maníaco o episodio depresivo (American Psychiatric Association, 2013).

Aunque dentro de esta categoría se incluyen diferentes variantes, no es objetivo

de este capítulo detallar las peculiaridades de cada uno. A nivel general, se considera un trastorno o enfermedad mental grave debido a la presencia de episodios maníacos y depresivos que se dan de manera extrema (Ramírez-Basco y Thase, 1997), así como su elevada tasa de suicidio (Baldessarini, Tondo y Hennen, 2001), y se considera duradero o crónico ya que suele alternar períodos de recuperación y recaída (Bauer, et al., 2006; Becoña y Lorenzo, 2001).

La fase maníaca o hipomaníaca se caracteriza por un estado de ánimo anormal y exageradamente elevado, expansivo o irritable, y un aumento de energía y actividad también desmedido (American Psychiatric Association, 2013). La fase depresiva consiste en un episodio depresivo mayor, cuyas características se describen en la sección dedicada a depresión (American Psychiatric Association, 2013).

Su prevalencia a nivel mundial es del 1,4% de la población, siendo Estados Unidos el país con una mayor prevalencia, que llega hasta el 4,4%, y los países en vías de desarrollo los que presentan la menor, un 0,7% (American Psychiatric Association, 2013; Bauer et al., 2006; Merikangas et al., 2011).

La intervención tiene como base el tratamiento psicofarmacológico (American Psychiatric Association, 2002), sin embargo, también se recomienda la terapia psicológica (NICE: Clinical Guideline For Bipolar Disorder 2014) con el objetivo de aumentar el conocimiento de la enfermedad tanto para el cliente como para los cuidadores, proveer de estrategias para manejar el estrés y mantener un estilo de vida normalizado, así como mantener o aumentar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico (Geddes y Miklowitz, 2013).

2.2.1 Aproximación desde la Psicología

A continuación se presentan las alternativas que cuentan un elevado apoyo empírico, diferenciando, tal y como hace la APA, en las que obtienen dicho apoyo para la fase maníaca y las que lo hacen para la fase depresiva.

Psicoeducación

Muestra un elevado apoyo empírico para la manía (Division 12 APA, 2016) y es una terapia contemplada para ser llevada a cabo de manera simultánea al tratamiento psicofarmacológico. Su objetivo es mejorar el conocimiento y conciencia de la enfermedad, la identificación de recaídas, la mejora y regularidad del estilo de vida, así como la adherencia al tratamiento psicofarmacológico (Becoña y Lorenzo, 2001; Colom et al, 2005).

Asumiendo un modelo médico que, aunque reconoce que los factores psicosociales pueden ser precipitadores, enfatiza la importancia de la bases biológicas del trastorno bipolar para su desarrollo (Popovic, Scott y Colom, 2015), su pertinencia surge principalmente de la percatación de que la falta de adherencia a la medicación estaba causando una disminución en su eficacia (Licht et al., 2001).

Se suele llevar a cabo en formato grupal, y la alternativa más estudiada, El Programa de Psicoeducación de Barcelona, se lleva a cabo en 21 sesiones estructuradas contando con un objetivo concreto para cada sesión (Colom y Vieta, 2006), habiéndose mostrado eficaces y efectivos para alcanzar sus objetivos (Becoña y Lorenzo, 2001).

Atención Sistemática

Muestra un elevado apoyo empírico para la manía, y nuevamente surge de las diferencias observadas entre la eficacia de las intervenciones, y la efectividad en la

práctica real de las intervenciones psicofarmacológicas (Bauer et al., 2006; Geddes y Miklowitz, 2013).

Esta aproximación se desarrolla en entornos clínicos y consiste en la reorganización de los servicios con el objetivo de responder de manera adecuada a las necesidades del paciente, mejorar las habilidades de automanejo, y proporcionar ayuda en la toma de decisiones (Bauer et al., 2006). En ella se hace un gran énfasis en el fortalecimiento y mejora de las habilidades del paciente para desenvolverse en su día a día (Bauer, et al., 2006).

Estas intervenciones se han mostrado eficaces para la mejora en la calidad de vida de los pacientes, y una disminución en la duración de los episodios maníacos, pero no en la reducción en el número de recaídas (Geddes y Miklowitz, 2013).

Terapia Enfocada en la Familia

Muestra un elevado apoyo empírico para la fase depresiva, y deriva de la asociación observada entre la depresión, hostilidad y críticas por parte de los cuidadores, y las recaídas y riesgo de suicidio (Chessick, et al., 2007; Geddes y Miklowitz, 2013).

Es una terapia estructurada que se lleva a cabo tanto con el paciente como con sus cuidadores (padres o pareja), y suele durar unas 20 sesiones donde se trabaja la psicoeducación, se entrenan habilidades de comunicación y de solución de problemas (Geddes y Miklowitz, 2013).

Se ha mostrado eficaz para reducir la severidad de la sintomatología, las recaídas y rehospitalizaciones (Miklowitz et al., 2013), además de recuperaciones más rápidas de los episodios depresivos (Miklowitz, 2010).

2.2.2 Aproximación desde la Psiquiatría

El litio, que empezó a utilizarse en 1949 tras ser introducido por John Cade (Cade, 1949), sigue siendo la opción psicofarmacológica de referencia. Aunque continua siendo la opción más eficaz para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas, sin duda no es la solución definitiva siendo su objetivo disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales del trastorno bipolar (American Psychiatric Association, 2002). Además, como ya se mencionó, muestra grandes diferencias entre la eficacia y la efectividad debido a la falta de adherencia a la medicación (Bauer et al., 2006). Estas diferencias probablemente se vean afectadas por los efectos secundarios que presenta (McKnight et al., 2012) y sus mismas limitaciones para dar una solución definitiva al problema.

2.3 Esquizofrenia

Siendo considerado hoy en día como uno de los problemas psicológicos más incapacitantes que pueden afectar a una persona (Howe y Murray, 2014) la esquizofrenia se sitúa a la cabeza de la lista al hablar de enfermedades mentales graves. Es relativamente común, afectando a alrededor de 7 de cada 1.000 adultos según la Organización Mundial de la Salud (WHO, Mental Health: Schizophrenia, 2013).

La esquizofrenia se caracteriza por la proliferación de delirios y alucinaciones, que conforman los denominados síntomas positivos. Asimismo, también se caracteriza por los denominados síntomas negativos, esto es, el afecto aplanado, falta de motivación, o anhedonia, así como por déficits sociales y cognitivos (American Psychiatric Association, 2013).

La intervención está claramente controlada por la psiquiatría, siendo la psicofarmacología la alternativa considerada más importante y más usada. Sin embargo,

al constatar sus limitaciones, entre otras cosas, para garantizar la adherencia al tratamiento, se empieza a hablar de la importancia de incluir la terapia psicológica. Aunque muchas personas se benefician del tratamiento farmacológico, alrededor del 80% tienen recaídas en los siguientes 5 años, asociadas a la falta de adherencia a la medicación que para muchas personas tiene efectos secundarios que consideran inaceptables (Brown, Kim, Mitchell e Inskip, 2010; Kuipers, Yesufu-Udechuku, Taylor, Kendall, 2014). Hoy en día la recomendación es usar ambas de manera conjunta, atendiendo a las diferentes fases evolutivas que presentan estos problemas: la fase aguda, la de estabilización progresiva, la fase de estabilidad y la de recuperación-rehabilitación (Giráldez y Fernández, 2001; NICE, Clinical Guideline For Psychosis and Schizophrenia, 2014).

2.3.1 Aproximación desde la Psicología

En los años 60, y tras décadas de intentos fallidos de aplicación del psicoanálisis a estos problemas (Freud, 1957; Wharton, 2001), se desarrollaron las primeras intervenciones conductuales, que están basadas en el condicionamiento operante. A partir de los años 70 se introdujeron las terapias familiares y el entrenamiento en habilidades, y en los 90 se consolidaron todas las anteriores y se introdujeron las terapias cognitivo conductuales (Giráldez y Fernández, 2001).

El modelo explicativo predominante y que ha generado los principales avances que se han hecho en la intervención psicológica de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos es el de vulnerabilidad-estrés. Este afirma que la psicopatología deriva de la interacción entre los estresores ambientales y la vulnerabilidad biológica (Zubin y Spring, 1977).

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Fue desarrollado en los años 70 (Bellack, 2004), para intervenir sobre los déficit sociales presentes en la esquizofrenia (Wallace, 1998). Estos déficits en el funcionamiento social se encuentran en más dos tercios de los pacientes, y representan unos de los problemas más debilitantes que se dan en la esquizofrenia (Bellack et al, 2007).

Las habilidades sociales cuentan con componentes cognitivos y conductuales, que pueden ser resumidos de la siguiente manera: percibir adecuadamente las situaciones que se dan en contextos interpersonales, transformar estas percepciones en un programa viable de comportamiento verbal y no verbal, y llevarlo a cabo con el objetivo de lograr objetivos sin perjudicar las relaciones sociales (Bedell y Lennox, 1994).

El entrenamiento en habilidades sociales se basa en la teoría del aprendizaje (Wallace, 1998), y es una terapia altamente adaptada a las particularidades y necesidades de cada persona, atendiendo tanto a sus déficits como a las situaciones en las que se encuentran (Moriani et al., 2015). En este sentido, puede ser necesario hacer un entrenamiento en diferentes áreas como pueden ser las habilidades básicas de conversación, declaraciones positivas y negativas, relaciones de amistad, compromiso, solución de conflictos o problemas y habilidades laborales (Vallina et al., 2001). Sin embargo, no deja de ser una intervención estructurada, obteniendo mejores resultados cuanto más organizada e intensiva sea la intervención (Wallace, 1998). Cualquier intervención contará con instrucciones, role-play, ensayo conductual, modelado, feedback y reforzamiento (Vallina et al., 2001).

Los resultados que se persiguen son el alivio del estrés y la integración social a través de un mayor control de las situaciones sociales que suelen darse en este tipo de

problemas y que se ven afectadas por las denominadas sintomatología positiva y negativa, y por los efectos de los fármacos antipsicóticos (Kopelowicz, Liberman y Zarate, 2006; Liberman, Kopelowicz y Silverstein, 2005).

Terapia Cognitivo Conductual

Esta terapia se empezó a emplear en la década de los 90 tras comprobar su éxito en otros problemas psicológicos, la constatación de que las técnicas utilizadas hasta ahora no resultaban suficientemente eficaces para tratar la denominada sintomatología positiva y negativa – incluyendo las alternativas psicofarmacológicas – (Stahl, 1999), y el desarrollo del modelo explicativo de vulnerabilidad – estrés que manifestaba la importancia de los estresores ambientales para el desarrollo de la “enfermedad”.

Se trata de una terapia que se suele llevar a cabo en formato individual, y cuya duración varía en función de la gravedad de los problemas de la persona (Giráldez y Fernández, 2001). Garety, Fowler y Kuipers (2000) recogen los componentes que se encuentran incluidos en esta terapia, y son la evaluación y establecimiento de alianza terapéutica, la psicoeducación acerca de la naturaleza de los problemas psicóticos para normalizar estas experiencias y reducir la vergüenza o estigma; el entrenamiento en estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales para reducir la frecuencia e intensidad de la sintomatología positiva y el estrés asociado a las alucinaciones y delirios, debate socrático para la identificación de pensamientos irracionales, reestructuración cognitiva para reducir problemas de autoestima y depresión, y manejo de riesgo a recaídas e incapacidad social a través de conocimiento de las vulnerabilidades e identificación de momentos críticos.

El objetivo último de la intervención no es “curar la enfermedad”, pero sí mejorar sus habilidades para funcionar de manera adecuada e independiente en su día a

día, manejar la esquizofrenia, y reducir el estrés (Division 12 APA, 2016). Se ha mostrado eficaz no solo para reducir del número y la severidad de los delirios y alucinaciones, sino también para disminuir los problemas de estrés y estado de ánimo derivados de estos problemas (Rector y Beck, 2001, 2002; Rector, Seeman y Segal, 2003).

Tratamiento Asertivo Comunitario

Desarrollado a inicios de los años 70 por el Instituto de Salud Mental Mendota (Madison, Wisconsin) donde había sido creada una unidad especial de evaluación de tratamientos para esquizofrenia crónica, fue una de las manifestaciones más destacadas del proceso de desinstitucionalización (Stein, Test y Marx, 1975). Tras observar el efecto conocido como “puertas giratorias” donde los pacientes ingresaban y eran dados de alta en innumerables ocasiones por el mismo problema, se empezó a considerar que quizás el hospital no era el lugar más adecuado de intervención sino que esta debía estar integrada en la comunidad donde vivía el paciente (Johnson, 2011; Stein y Santos, 1998).

Su objetivo es que las personas aprendan a desarrollar un estilo de vida estable e integrado en la comunidad, y sus características generales son las siguientes: equipo multidisciplinar, integración de servicios, trabajo en equipo, baja relación cliente/personal, trabajo en la comunidad, manejo de la medicación, focalización en los problemas del día a día, rápido acceso, alcance asertivo, servicio individualizado e ilimitado en el tiempo (Bond, Drake, Mueser y Latimer, 2001; Watt, 2003). Este tratamiento cuenta con un equipo multidisciplinar que incluye psicólogos, psiquiatras, y trabajadores sociales, entre otros, ofreciendo un servicio disponible 24 horas al día tanto a nivel clínico como social y personal, sin una duración preestablecida, y llevando a

cabo las sesiones en la misma comunidad y centros de salud mental.

Se diferencia de otros tratamientos por su grado de implicación y adaptabilidad a las necesidades del paciente (López-Santiago, Blas, y Gómez, 2012). En su resumen de los resultados de 25 ensayos aleatorios y controlados, Bond et al. (2001) concluyen que, en comparación con la atención comunitaria, el tratamiento asertivo comunitario es altamente exitoso en conseguir la implicación del cliente con el tratamiento. Asimismo, este tipo de tratamiento reduce sustancialmente el uso de hospitales psiquiátricos, incrementando la estabilidad en cuanto al alojamiento de los clientes, y mejora moderadamente los síntomas y la calidad de vida subjetiva.

Psicoeducación Familiar

Es una terapia donde el foco de atención se centra en la familia o cuidadores de la persona con esquizofrenia. Asume que las familias pueden tener un impacto significativo en la recuperación y funcionamiento del paciente. Entiende que la esquizofrenia es una enfermedad, y descarta modelos tradicionales que asumen que la conducta familiar juega un papel etiológico (Vallina-Fernández et al., 2001).

Existen diferentes modelos de intervención, pero todos comparten ciertos elementos que se consideran esenciales para conseguir ser una terapia eficaz; y estos son (Lam, 1991): una aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias, el proporcionar estructura y estabilidad tanto en sesión como en entornos familiares, centrándose en el aquí y ahora, el empleo de conceptos familiares y reestructuración cognitiva desde una aproximación conductual, y el enfoque en mejorar la comunicación.

Estas intervenciones, tal y como señalan McFarlane, Dixon, Lukens, y Lucksted, (2003), incluyen componentes cognitivo conductuales como el entrenamiento en

solución de problemas y manejo de la esquizofrenia, psicoeducación, intervención en crisis, y apoyo familiar y soporte emocional, y entrenamiento en habilidades de comunicación.

La terapia se considera eficaz cuando consigue una disminución de los denominados síntomas de la enfermedad, las hospitalizaciones, y la carga familiar; y esto se ha conseguido cuando ha sido combinada con medicación antipsicótica (Dixon, Adams y Lucksted, 2000).

Existen formatos breves, de entre 6 y 15 sesiones, formatos intermedios, de entre 9 y 18 meses, y prolongados, de entre 2 y 3 años; y generalmente se lleva a cabo con personas que llevan varios años con este diagnóstico (McFarlane et al., 2003).

Empleo con Apoyo

Es una terapia desarrollada en los años 90 especialmente gracias al modelo de ubicación y apoyo individual propuesto por Drake y Becker (Drake et al., 1994; Drake, Becker y Bond, 2003)

Los principios que la definen son (Bond, 2004): un servicio sin restricciones temporales y que está enfocado en la obtención de un trabajo competitivo basado en las preferencias y fortalezas de la personas, una búsqueda rápida de empleo (en lugar de pasar por largos procesos de inserción laboral), la integración dentro de los servicios sociales de manera cercana al soporte psicológico y psiquiátrico (reuniones de equipo que permiten abordar cada caso de manera más holística).

Supone una mejora respecto a modelos anteriores al identificar las fortalezas y preferencias de la persona, y facilitar la adquisición de habilidades útiles para el logro de objetivos laborales ajustados a estas preferencias y las oportunidades que brinda su comunidad (Division 12 APA, 2016).

Programa de Economía de Fichas

Fue desarrollada por Ayllon y Azrin a mediados de los 60 para el tratamiento de pacientes psiquiátricos crónicos (Ayllon y Azrin, 1968). Es una técnica de modificación de conducta basada en los principios del condicionamiento operante, donde los pacientes reciben reforzadores al llevar a cabo conductas claramente definidas a priori (Kazdin y Bootzin, 1972). Estos reforzadores son fichas que posteriormente podrán ser canjeadas por otro tipo de reforzadores (objetos tangibles o determinados privilegios) (Kazdin y Bootzin, 1972). Generalmente se lleva a cabo en centros donde los pacientes se encuentran internos en largas estancias, y su objetivo es incrementar conductas adaptativas como la adherencia a la medicación, el autocuidado, la participación en las diferentes alternativas terapéuticas y la adquisición y puesta en marcha de habilidades laborales (Comaty, Stasio y Advokat, 2001).

Pese a ser desarrollada para su uso, entre otros, con pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia, esta terapia no ha sido excesivamente utilizada. Pese a los excelentes resultados obtenidos, es posible que su falta de uso se deba a las dificultades que supone tanto en coste como en aplicación llevar a cabo una economía de fichas en los centros de salud mental hoy en día (Comaty, Stasio y Advokat, 2001).

Remediación/Reparación Cognitiva

Las funciones cognitivas como la velocidad de procesamiento, función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria se encuentran disminuidos en las personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia; y esos déficits afectan al funcionamiento en áreas sociales, laborales o la autonomía en las actividades del día a día (McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo y Muese, 2007).

La reparación cognitiva comprende un grupo de intervenciones diseñadas, que incluyen múltiples alternativas que varían en cuanto a la duración, herramientas utilizadas o formato, pero todas ellas tienen el objetivo común de mejorar las funciones cognitivas para mejorar el funcionamiento de la persona en diferentes áreas de su vida (Wykes et al, 2007). Esta terapia se basa en el entrenamiento de habilidades cognitivas con el objetivos de los cambios generados en diferentes áreas como la función ejecutiva, metacognición, memoria, atención, sean perdurables y generalizables (Wykes, Huddy, Cellard, McGurk y Czobor, 2011).

Son muchos los estudios que han demostrado la eficacia de la remediación para mejorar las capacidades cognitivas, sin embargo, los efectos en la mejora del funcionamiento de la persona son en el mejor de los casos de pequeñas a moderadas (Medalia y Choi, 2009; Wykes et al., 2011).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Dentro de las terapias de tercera generación, la terapia de aceptación y compromiso es la única incluida en la lista de terapias propuestas por la APA con un apoyo empírico “modesto”. Desde la publicación del primer estudio sobre su aplicación en problemas psicóticos por Bach y Hayes (2002), el interés por ella ha ido aumentando para su aplicación en las denominadas enfermedades mentales graves y duraderas (Bach, Gaudiano, Hayes y Herbert, 2013).

La ACT considera que el problema está en el intento de control o evitación de la experiencia y no en la experiencia en sí. Tiene como objetivo aumentar la flexibilidad psicológica y cambiar la relación con los síntomas y no tanto eliminarlos (Hayes et al., 1999); pero además de la aceptación, la ACT procura generar un compromiso de actuar en dirección a los valores de la persona (Pérez, García y Sass, 2010).

Los estudios realizados hasta ahora muestran su eficacia para generar una actitud contemplativa y de aceptación para la denominada sintomatología positiva, y en consecuencia una mejora en el funcionamiento de la persona y una reducción de las recaídas (Bach y Hayes, 2002; Chadwick, Hughes, Russell, Russell y Dagnan, 2009).

2.3.2 Aproximación desde Psiquiatría

El tratamiento farmacológico ha sido el pilar del tratamiento de la esquizofrenia desde los años 50. En la actualidad se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos para las diferentes fases que este campo establece para esta enfermedad: prodrómica, aguda, crítica, sub-crónica y crónica (Ruiz-Iriondo; Salaberria y Echeburúa, 2013). Para la elección del fármaco la NICE (Giráldez y Fernández, 2001; NICE, Clinical Guideline For Psychosis and Schizophrenia, 2014) recomienda la elección de fármaco en función de las características del paciente, siendo necesaria una evaluación previa que incluya análisis de sangre, presión sanguínea, peso, y aspectos conductuales como dieta o actividad física. Los objetivos principales que se persiguen con el tratamiento psicofarmacológico son reducir la sintomatología y las recaídas (Bhugra, 2010). Sin embargo, como ya se indicó previamente, hasta un 40% de los pacientes sigue presentando sintomatología positiva y negativa de moderada a severa; y en parte debido a los indeseados efectos secundarios, la adherencia al tratamiento sigue siendo una de sus principales limitaciones (Bhugra, 2010).

2.4 Trastorno de Personalidad Límite

Según la quinta edición del DSM, el trastorno de personalidad límite (TPL) se refiere a un patrón de comportamiento de larga duración que se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y el afecto, así como por una

marcada impulsividad. Generalmente, las personas que tienen este diagnóstico tienen dificultades para tolerar estar solos, hacen esfuerzos frenéticos por evitarlo, y sus relaciones sociales tienden a ser inestables e intensas. Cuando ocurren estas separaciones o rechazos, pueden producirse grandes cambios emocionales y cognitivos, así como, particularmente, en su imagen personal. Estas son personas especialmente sensibles a las circunstancias que le rodean. Es común verlas envueltas en situaciones perniciosas como pueden ser grandes gastos de dinero, relaciones sexuales de riesgo o abuso de sustancias.

La principal diferencia de este tipo de problemática frente a las descritas previamente, es que se trata de conductas que son desadaptativas debido a que no son apropiadas para la cultura y el contexto específico en el que vive la persona. Esto es lo que tienen en común los diferentes trastornos de la personalidad, sin embargo, el TPL se diferencia del resto en que es menos estable a lo largo del tiempo (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011). Estudios previos muestran una prevalencia de este tipo de trastorno se sitúa entre 0,7% y 1,8% de la población (Swartz, Blazer, George y Winfield, 1990; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001).

2.4.1 Aproximación desde la Psicología

Hasta hoy, solamente la intervención que se describe a continuación ha logrado tener un elevado apoyo empírico.

Terapia Dialéctica Conductual

Se trata de una terapia conductual de tercera generación desarrollada en los años 90 por la conductista radical Linehan (Gunderson, 2009), con el objetivo de tratar el TPL (Linehan, 2003).

El tratamiento está basado en la teoría dialéctica y biosocial del TPL, entendiendo dicho trastorno como una combinación de problemas motivacionales y déficit de habilidades (Linehan, et al., 2006). Por ese motivo, la terapia se divide en dos componentes: uno centrado en aumentar la motivación de seguir con vida y desarrollar conductas adaptativas, y otro centrado en el desarrollo de habilidades psicosociales (Linehan, 2003).

Es una terapia que incorpora sesiones individuales y sesiones grupales, se lleva a cabo con clientes de manera ambulatoria, y suele tener un año de duración (Gunderson, 2009).

Es el tratamiento de referencia para este trastorno, y se ha mostrado más efectivo que los demás para reducir los intentos de suicidio, de autolesiones, el número de hospitalizaciones, la denominada sintomatología del TPL, y en aumentar la calidad de estas personas (Linehan et al., 2006).

Supuso grandes avances en este campo y sirvió de gran inspiración a futuras generaciones, al enfatizar la importancia de la validación, incluir el trabajo por objetivos, y el entrenamiento en habilidades, entre otros (Gunderson, 2009).

2.4.2 Aproximación desde la Psiquiatría

El caso del TPL es una rara excepción entre los problemas psicológicos, no existiendo a día de hoy un fármaco que esté aprobado de manera unánime por las diferentes organizaciones encargadas de guiar estos procesos de intervención (American Psychiatric Association: Practice Guideline for Borderline Personality Disorder, 2001; NICE: Clinical Guideline For Borderline Personality Disorder, 2009). Aunque el tratamiento recomendado es psicológico, sí existen recomendaciones adicionales para tratar algunos síntomas: los cognitivo-perceptuales con neurolepticos, los afectivos con

inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), y las conductas impulsivas con ISRS y bajas dosis de neurolépticos (American Psychiatric Association: Practice Guideline for Borderline Personality Disorder, 2001).

3. CONCLUSIONES

No cabe duda de que son muchos los avances que se han hecho hasta ahora en la evaluación e intervención sobre las denominadas EMGD. Antes de llegar a la situación actual, se utilizaban definiciones vagas de estos problemas psicológicos que derivaban en ingresos en manicomios, e intervenciones terapéuticas poco alentadoras que alejaban a los pacientes de poder alcanzar un estilo de vida normalizado (Drake y Whitley, 2014).

En la actualidad no solo tenemos manuales que describen morfológicamente de manera detallada una gran variedad de problemas psicológicos, sino también listados que nos informan de las diferentes alternativas de intervención psicológica disponibles y el apoyo empírico que tienen.

No es objetivo de este texto hacer un análisis crítico de los manuales diagnósticos, por lo tanto simplemente se asume que han condicionado el desarrollo de las diferentes alternativas de intervención para dar solución a los problemas psicológicos en general. Es evidente la importancia de buscar una solución a estos problemas, ya que causan un gran malestar y sufrimiento no solo a quienes los padecen sino a los que conviven con esas personas, e incluso, como ya se mencionó previamente, son problemas que además generan un gran coste económico a la sociedad. Esta relevancia es todavía más aguda en el caso de las EMGD, donde todas las consecuencias negativas mencionadas se ven incrementadas por la severidad de estas

condiciones.

Afortunadamente, también se ha logrado desarrollar diferentes alternativas tanto psicológicas como psiquiátricas para dar solución a estos problemas, y averiguar qué intervenciones son las más eficaces. Todas las alternativas disponibles para estos problemas psicológicos severos se han descrito en este capítulo, al menos las actualmente reconocidas por la Asociación Americana de Psicología.

Respecto a las alternativas psicológicas, son muchos los pasos que se han tenido que dar para poder llegar a este punto. Todas las terapias mencionadas tienen en común que han logrado, sumándose al movimiento (iniciado en la medicina) de la práctica basada en la evidencia, probar su eficacia para alcanzar objetivos claramente delimitados (aunque pobremente operativizados en la práctica) y pertinentes al estado actual de la intervención para el diagnóstico concreto. Esto quiere decir que se han logrado aportar bien alternativas igual de eficaces, bien mejoras o soluciones complementarias a las opciones psicofarmacológicas estudiadas previamente y utilizadas como tratamiento de referencia. La única excepción a esto es la terapia dialéctica conductual para el TPL, que se ha mostrado como la única alternativa eficaz en este caso, en ausencia de alternativas farmacológicas de referencia.

Estas terapias que han logrado un elevado apoyo empírico comparten algunas características. Entre las más importantes se encuentran el reconocimiento de los factores ambientales como variables que juegan un papel, con algunas excepciones, en su adquisición y mantenimiento; la delimitación de objetivos claros; y el hecho de ser estructuradas en alguna medida y ser de duración limitada.

Estos avances en el tratamiento de estos problemas crónicos derivan de la asunción del modelo médico usado en la psiquiatría, y su adaptación a la psicología, dando lugar al denominado modelo médico de la psicoterapia (González y Pérez, 2007).

El primero, es decir, el modelo médico, entiende los problemas de las personas como síntomas indicativos de condiciones biológicas y constitutivos de un cuadro médico, la explicación de estos problemas generalmente en base a desequilibrios neuroquímicos, y el uso de psicofarmacología para darles solución (Deacon, 2013; González y Pérez, 2007). Por su parte, el modelo médico de la psicoterapia sustituye las explicaciones biológicas por unas psicológicas y ofrece alternativas psicoterapéuticas para darles solución, estableciendo técnicas concretas para dar solución a problemas específicos (González y Pérez, 2007). Aunque para la mayor parte de los problemas psicológicos se ha asumido el modelo médico de la psicoterapia, en el caso de los severos o crónicos, predomina el modelo médico. Llama la atención que hoy en día este sea el modelo predominante ya que no se ha identificado ninguna causa biológica o un biomarcador fiable, ni tampoco se ha visto que la eficacia de los fármacos se deba a una corrección de estos supuestos desbalances de los neurotransmisores (Deacon, 2013).

Pese a ser muchos los avances alcanzados con la adopción del modelo médico – y también de su adaptación psicológica – todavía persisten ciertas limitaciones. Por ejemplo, cabe preguntarse qué significa alcanzar el éxito terapéutico desde esta perspectiva. Asimismo, tanto la eficacia como la efectividad lograda tienen sus limitaciones si se tiene en cuenta que estos problemas, al ser considerados crónicos, no quedan eliminados por completo. Bajo esta premisa, los objetivos terapéuticos se trazan a menudo asumiendo de antemano la cronicidad del problema y la necesidad del uso de medicación. Sin cuestionar el alcance de esos objetivos, que sin duda suponen un gran logro para la reducción del sufrimiento de estas personas, hay que destacar los obstáculos que a priori genera asumir un modelo de enfermedad que, sin haber sido probado, limita y oscurece la comprensión de origen y mantenimiento de estos problemas, así como del proceso terapéutico. A todo ello se suma el hecho de que

alcanzar una solución eficaz bajo este modelo no garantiza su efectividad, recordando que varios estudios concluyen que la varianza en la mejoría del cliente se debe a variables que no están presentes en este modelo, esto es, tanto a los denominados factores comunes como a la alianza terapéutica (Norcross, 2002; Norcross y Lambert, 2011).

Como alternativa válida al modelo de enfermedad está la aproximación conductual. Aunque no es nueva, hoy en día está cobrando relevancia gracias a la aparición de las terapias de tercera generación. Dentro de esta perspectiva son muchos los autores que han expresado sus críticas y propuestas alternativas al predominante modelo médico (ver David y Monrgomery, 2011; Kazdin y Base, 2011; Lohr, 2011). Desde esta aproximación funcional se entiende que la relación terapéutica es el contexto en el que se da el cambio terapéutico, siendo el contexto clínico un medio que sirve para moldear las conductas clínicamente relevantes que el cliente expresa en sesión, y la interacción terapéutica un mecanismo de modificación de las conductas de cliente (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995; Ruiz, Froján y Galván, 2015). Además, también es contextual porque entiende que los problemas psicológicos están ligados a las circunstancias sociales de la persona (González y Pérez, 2007).

Desde aquí se asume, tal y como plantea Froján (2011) y Salzinger (2011), que aunque es interesante saber qué tratamientos son eficaces para tratar estos problemas psicológicos (u otros), la pregunta relevante que los científicos deberían intentar responder no es cuál es la mejor terapia, sino cuáles son los procesos que explican el cambio terapéutico. Estos mismos autores proponen un modelo científico para evaluar todas las formas de terapia en lugar de confiar en los que han sido sugeridos por quienes han diseñado estas terapias, ya que en algunos casos se ha comprobado que los mecanismos de cambio no son los que han supuesto los autores. Este modelo científico

es el modelo de análisis conductual que entiende la actuación clínica como la puesta en marcha de procesos de aprendizaje, quedando fuera de lugar la polémica sobre qué es más importante, si la alianza o las técnicas, ya que son dos caras de la misma moneda: el contexto terapéutico (Froján, 2011). Dicha polémica ha derivado en algunos casos en el absurdo de asumir que, independientemente de la técnica elegida, lo que importa es tener una buena alianza (Kahl, Winter y Schweiger, 2012).

Como queda demostrado tras analizar el estado actual de la intervención a las EMGD, todavía no existe unanimidad en la comunidad científica a la hora de afrontar estas etiquetas, y es posible que esta pluralidad de enfoques permanezca en el futuro. De los modelos descritos en este capítulo, esta tesis doctoral asume el modelo de análisis conductual dado su actual interés y la relevancia que otorga a la interacción terapéutica como herramienta para variar las conductas de cliente. Más concretamente, este trabajo sigue el planteamiento propuesto por los autores antes citados como la manera de abordar el estudio científico de la intervención terapéutica de las denominadas enfermedades mentales.

CAPÍTULO II

APROXIMACIÓN FUNCIONAL A LAS DENOMINADAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS

1. INTRODUCCIÓN

Las denominadas enfermedades mentales graves y duraderas (EMGD) hacen referencia a aquellos problemas psicológicos que generan un mayor malestar y discapacidad, y de duración prolongada o incluso crónica. Los más representativos son los trastornos psicóticos, bipolares, depresivos y el trastorno límite de la personalidad. Aunque son muchos los recursos que se han utilizado para intentar comprender el origen y mantenimiento de estos problemas, y generar alternativas que permitan darles solución, a día de hoy la práctica clínica presenta muchas limitaciones si se compara con el éxito alcanzado en el tratamiento de otros problemas psicológicos. Nos referimos a las limitaciones aparentemente autoimpuestas desde la psicología para comprender y dar solución a estos problemas, sin hacer uso de modelos psicológicos que los explique y conformándose tanto con el uso de un modelo médico, como, en la mayoría de los casos, con proporcionar terapia de soporte o acompañamiento a la intervención psiquiátrica. En pocas palabras se podría decir que a día de hoy existe una gran confusión tanto en investigación como en práctica para conceptualizar y tratar estos problemas desde la psicología, y esto deriva en una carencia de alternativas satisfactorias de intervención terapéutica.

El modelo médico imperante tanto en investigación como en práctica no carece de limitaciones, entre las que cabe resaltar la categorización de “crónicos” a estos problemas sin ni siquiera saber si realmente existe una base biológica que impida su solución. Además, la comprensión de los problemas psicológicos desde una perspectiva médica deja de lado el papel del contexto en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos pese a los innumerables estudios que resaltan su papel en el desarrollo de las EMGD y las limitaciones de los factores biológicos para explicar completamente estos problemas.

Otra característica del modelo médico que cabe destacar es el predominio del movimiento de las terapias con apoyo empírico que deriva en guías con listados que incluyen aquellas terapias que muestran un elevado apoyo empírico (como por ejemplo, Nathan y Gorman, 2015) para tratar a las diferentes etiquetas diagnósticas que se asignan a partir del uso de manuales como el DSM (American Psychiatric Association, 2013). Ahora bien, la mayor parte de estas técnicas fueron desarrolladas desde una perspectiva conductual, y su aplicación desde un modelo médico ocasiona una pérdida de su potencial que no se debe pasar por alto.

Por estos motivos, y de acuerdo con Rosenfarb (2013), existe una gran urgencia por pasar de visiones genéticas o bioquímicas a entender el rol que juega el ambiente en el desarrollo y mantenimiento de estos problemas. Ante todas estas limitaciones del modelo médico, una cuestión clave es analizar la pertinencia de su carácter dominante en este campo, y si existen modelos complementarios o más adecuados que nos permitan superar las limitaciones actuales, y aproximarnos más a la comprensión de estos problemas.

El objetivo de este capítulo es exponer una alternativa al modelo médico para conceptualizar estos problemas. No se trata de demostrar la superioridad de un modelo

frente a otro, sino de proponer una alternativa complementaria que ayude a superar las limitaciones que presenta el modelo médico tanto para dar una explicación del origen y mantenimiento de las EMGD como para dar alternativas de intervención psicológica más eficaces que las utilizadas actualmente.

Como afirma Salzinger (2011), para llevar a cabo una investigación científica, se debe de utilizar un modelo que permita aproximarnos al objeto de estudio desde una perspectiva concreta. En este sentido, en este capítulo nos aproximarnos tanto a la conceptualización de los problemas psicológicos como a la psicoterapia desde una perspectiva conductual. Ésta nos permite situar los problemas psicológicos en el contexto y circunstancias de la persona, entendiendo que se dan y están intrínsecamente ligados a las circunstancias sociales e interpersonales que son únicas para cada persona (González y Pérez, 2007), y que estas conductas problemáticas tienen una funcionalidad en su vida (Froján, de Pascual, Moreno y Ruíz, 2013). En otras palabras, una conceptualización funcional de los problemas psicológicos sigue un método idiográfico entendiendo que cada caso es único. Esta aproximación permite poner en relación todas las variables sociales relacionadas con estos problemas sin negar el posible papel que pueden jugar factores biológicos en su desarrollo.

En esta perspectiva no habría cabida al debate que se genera respecto a los factores que subyacen al éxito de la terapia: las técnicas o los denominados factores comunes. Este debate pierde sentido desde una perspectiva contextual y analítico-funcional, ya que entiende que la efectividad de las técnicas depende del contexto terapéutico en el que se den (González y Pérez, 2007). Desde este punto de vista, en terapia, el psicólogo, a través de la interacción verbal, pone en marcha procesos de aprendizaje que generan nuevos comportamientos menos problemáticos y más adaptativos para el cliente (Froján, 2011).

Por lo tanto, no estamos hablando de diferentes técnicas de intervención psicológica según el modelo que se practique, sino de dos maneras de entender el proceso terapéutico, lo cual en la práctica significa llevar a cabo procedimientos distintos con objetivos de intervención diferentes: el modelo de enfermedad centrado en la eliminación de supuestos síntomas, y el funcional y contextual en la rehabilitación y mejora del estilo de vida de la persona (Howard, Moras, Brill, Martinovich y Lutz, 1996). Es decir, no se niega la efectividad de las técnicas de intervención psicológica, sino que lo que se cuestiona es de dónde viene su valor, y en este caso no se atribuye su éxito a los denominados efectos específicos (explicados desde el modelo médico) sino al contexto terapéutico donde estas técnicas cobran sentido y funcionalidad (Castonguay y Beutler, 2006; González y Pérez, 2007).

Desde el modelo médico de la psicoterapia, donde surge el movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados, resulta suficiente alcanzar la eficacia establecida por la medicación, y se asume a priori que hay limitaciones biológicas que convierten el problema en crónico, sin haber prueba de ello. Sin embargo, desde un enfoque conductual este planteamiento resulta insuficiente, ya que supone renunciar a intentar alcanzar la excelencia, que en este caso podría ser no sólo la reducción o eliminación de los denominados síntomas sino también la eliminación de la toma de medicación, las hospitalizaciones, la reorientación de la vida que permita a la persona no sólo la aceptación de los problemas cotidianos y sus consecuencias sino también el control y satisfacción o bienestar. Estos objetivos, aunque suponen un reto, no se plantean como imposibles de alcanzar desde esta perspectiva.

A continuación se expondrá desde una perspectiva funcional tanto una conceptualización de las denominadas EMGD como de la alternativa terapéutica que pretende superar las limitaciones del modelo médico.

2. CONCEPTUALIZACIÓN FUNCIONAL DE LAS DENOMINADAS EMGD

En pocas palabras, una conceptualización funcional de las llamadas EMGD pasa por eliminar las etiquetas diagnósticas y hacer uso de su herramienta de evaluación: el análisis funcional. Éste permite poner en relación los problemas psicológicos con el contexto en el que se dan, entiende los problemas psicológicos como conductas problemáticas, y éstas lo son en función del contexto en el que ocurren (González y Pérez, 2007). El análisis funcional está basado en la teoría del aprendizaje y analiza las conductas en relación con su contexto, evaluando el papel que juegan en él. Aunque comprender cómo se originan y mantienen las conductas es un proceso complejo donde pueden intervenir un gran número de variables (y no es objetivo de este capítulo profundizar en ello), en términos generales se puede decir que entiende que todas las conductas son adaptativas ya que una conducta tiende a mantenerse cuando es reforzada, y tiende a desaparecer cuando las consecuencias de ellas no son favorables. Por lo tanto, tal y como afirma Skinner (1984) la adaptación al medio es la clave para comprender cómo se desarrollan y mantienen las conductas. En este sentido, esta aproximación se enmarca dentro de un paradigma seleccionista, que estudia los factores ambientales que seleccionan las diferentes conductas, y explica cómo esas conductas son adaptativas dentro de un contexto determinado (Rosenfarb, 2013). Por su parte, el modelo médico y el modelo médico de la psicoterapia se enmarcan dentro de un paradigma existencialista, que estudia las propiedades esenciales de los fenómenos y tiende a categorizarlos (Palmer y Donahoe, 1992; Rosenfarb, 2013).

Cabe destacar que en ningún caso esta aproximación excluye la importancia de los posibles factores biológicos que pueden también jugar un rol en el desarrollo de estos problemas. Lo que se pretende aquí es exponer un modelo que pueda servir para comprender el papel que juegan los factores contextuales que han mostrado estar relacionados con el origen y mantenimiento de las EMGD.

Dicho esto, un paso fundamental desde esta perspectiva para comprender cómo se desarrollan y mantienen todas las conductas que desde un modelo de enfermedad estarían incluidas en los criterios diagnósticos de cada EMGD, es conocer el contexto en el que se dan. A continuación se hablará no sólo del contexto general donde han proliferado los problemas psicológicos sino también de las situaciones específicas donde suelen aparecer las denominadas EMGD.

2.1 Contexto amplio

Las EMGD no son etiquetas diagnósticas con una larga historia sino más bien, tal y como afirma Horwitz (2002) se trata de la conversión relativamente reciente del afrontamiento a problemas normales de la vida en enfermedades o trastornos mentales, a medida que la industria farmacéutica ha ido generando fármacos para darle solución. Esto no quiere decir que no sean problemas reales que las personas sufren, lo que quiere decir es que su conceptualización desde un modelo médico, tratándolos como si fueran enfermedades o trastornos médicos tiene una corta historia, y dicha conceptualización en función de criterios que engloban un conjunto de conductas, denominadas síntomas, dentro de una categoría diagnóstica parece deberse más a una creación práctica que a una supuesta causalidad biológica (sin negar que esta pueda jugar un papel, todavía desconocido) (González y Pérez, 2007). Pero estos mismos autores plantean una pregunta clave: ¿para quién y para qué es práctica esta aproximación? Sin duda no

parece que lo sea para la psicología, dado su carácter contextual e interpersonal tanto para conceptualizar como para tratar los problemas psicológicos, algo que no tiene cabida desde la aproximación médica.

También cabe destacar que desde una perspectiva conductual la creación de etiquetas diagnósticas de naturaleza médica ha propiciado su propia reificación, de manera que se asigna un nombre a un conjunto de conductas (por ejemplo: depresión), y luego se pasa a entender ese nombre como algo diferente de las conductas a las que designa, generando explicaciones circulares (por ejemplo: está apático porque tiene depresión, y tiene depresión porque está apático) (Hyman, 2010). Pero no sólo genera esta confusión sino que además facilita la identificación de la persona con una supuesta enfermedad, trastorno o síndrome, algo que puede suponer un factor facilitador de la cronificación de los problemas.

Al hablar de las EMGD como fenómeno reciente, no sólo se hace referencia a la medicalización de problemas cotidianos, sino también a lo relativamente novedosos que son estos problemas para nosotros. El siglo XIX ha sido la época donde se ha registrado una mayor incidencia de estos problemas (Pérez, 2014) pese a que algunos autores como Sass (1992) o Pérez (2008, 2012) ven su origen en el cambio en la manera de vivir surgido a partir del Renacimiento, en el siglo XV, momento en el que empieza la tendencia individualista e interiorizante imperante a día de hoy especialmente en las grandes urbes. Dicho esto, no es de extrañar que uno de los factores de riesgo comúnmente asociado a los problemas psicológicos sea vivir en grandes urbes, como se verá más adelante.

Aunque éste sería el contexto general donde se desarrollan los problemas psicológicos, existen contextos específicos que facilitan la aparición del tipo de problemáticas que estamos estudiando. Éstas surgirían pues en los contextos más

disfuncionales, y sería esto lo que las diferenciaría de otro tipo de problemas psicológicos menos llamativos, incapacitantes o duraderos.

2.2 Contexto próximo y funcionalidad

El contexto cercano y común a todas las denominadas EMGD se caracteriza por ser aversivo e incontrolable, y que no sólo facilita de manera directa las conductas incluidas dentro de estos diagnósticos sino que además dificulta la adquisición de habilidades básicas (generación de reglas de conducta adecuadas al contexto, habilidades sociales, de autocontrol o de solución de problemas) para el acceso a reforzadores, especialmente en este caso aquellos que requieren una demora del refuerzo y que suelen ser más potentes. En estos contextos existe una carencia de reforzadores, especialmente para las conductas que se consideran apropiadas para la cultura de la persona, y la presencia de castigos en muchos casos de intensidad muy elevada. Otro aspecto común es que estos contextos suelen darse desde momentos tempranos del desarrollo de la persona, generando problemas de conducta desde temprana edad y dificultando un adecuado establecimiento del yo. Esto se ve empeorado por la común etiquetación diagnóstica desde edad temprana, a veces ni siquiera por parte del contexto médico sino por familiares o amigos, que genera la asunción de estas etiquetas como rasgo identitario de la persona, algo que puede facilitar su cronificación.

Para poder experimentar estos problemas no hace falta estar en un contexto especialmente disfuncional desde etapas tempranas del desarrollo. Por ejemplo, bastan procesos de habituación y saciación para reducir nuestro estado de ánimo. Sin embargo, en este caso, si la historia de aprendizaje ha sido adecuada (para su contexto cultural), será menos probable que la conducta problemática se perpetúe ya que la persona

probablemente contará con habilidades de afrontamiento para poner solución a la situación.

Todos estos contextos tienen en común que suelen estar presentes por largos períodos en la vida de las personas que sufren las EMGD o por ser marcadamente disfuncionales. Por lo tanto, no se trata de conductas desadaptativas, no son intentos fallidos de adaptación al contexto sino intentos de adaptación exitosos a un contexto disfuncional. En estos ambientes resulta adaptativo desarrollar conductas que desde afuera parecen totalmente fuera de lugar, y a su vez este aprendizaje resulta incompatible con el desarrollo de habilidades básicas para el normal y exitoso desenvolvimiento de la persona en su cultura.

Sí se puede decir que son conductas problemáticas, pero lo son por las discrepancias entre las consecuencias a corto y largo plazo. En general, las conductas son mantenidas por sus consecuencias más inmediatas, por lo tanto, las conductas que se aprenden, o lo que es lo mismo, que se mantienen, son aquellas que resultan adaptativas a corto plazo. Ahora bien, estas conductas pueden ser adaptativas o no a largo plazo; y este es el problema, que este contexto facilita el aprendizaje de ciertas conductas que no resultan adaptativas a largo plazo. A esto se añade que estas conductas dificultan el aprendizaje de habilidades básicas para un desenvolvimiento considerado normal en su contexto más amplio, que es la sociedad en la que vive la persona. Es decir, visto de una perspectiva más amplia, la persona se ve incapaz de adaptarse a la sociedad. Por lo tanto, como afirma Pérez (2007), estas etiquetas diagnósticas no serían condiciones que se tienen sino situaciones en las que se está. El motivo por el cual unas personas sí desarrollan estos problemas de conducta y otras no, estando aparentemente en las mismas circunstancias, dependerá de la historia de aprendizaje de cada persona, y

esto se traduce en que realmente dos personas no estarían nunca en las mismas circunstancias (González y Pérez, 2007).

A continuación se hace una exposición de los contextos asociados a cada una de las etiquetas diagnósticas aquí estudiadas, y las posibles funcionalidades de cumplen en ellos las conductas características y mantenedoras de estos problemas. Las condiciones asociadas actualmente a estos problemas psicológicos tienen en común muchas características. Sin embargo, hay aspectos que diferencian los contextos y que puestos en relación con las conductas características de cada problema, pueden ayudar a comprender / anticipar las posibles contingencias que cumplen. Por supuesto, el análisis funcional de cada caso será el que determine el diseño de intervención.

2.2.1 Problemas psicóticos

Los contextos donde los problemas psicóticos aparecen con más frecuencia son barrios urbanos donde abundan las adversidades sociales y la migración. Las adversidades sociales que se asocian con más frecuencia al desarrollo de problemas psicóticos son las situaciones traumáticas que se hayan podido dar en la infancia siendo el más frecuente el abuso sexual (Bendall, Jackson, Hulbert y McGorry, 2008). También se suele hacer referencia a la separación de uno o ambos padres en la infancia y adolescencia (Morgan et al, 2007), o a otro tipo de abusos (como el físico o psicológico), negligencia o incluso *bullying* (Varese et al, 2012). No obstante, no solamente éste tipo de adversidades está relacionado con los problemas psicóticos, sino que también se observa una mayor prevalencia en inmigrantes, especialmente aquellos de piel oscura que se mudan a países desarrollados (Bourque, van der Ven y Malla, 2011), principalmente si viven en barrios donde son minoría (Boydell et al, 2001; Veling et al., 2008). Es destacable que el simple hecho de vivir en zonas urbanas es el

factor social más comúnmente asociado con la esquizofrenia (Kirkbride et al., 2006; Van Os, Hanssen, Bijl y Vollebergh, 2001), especialmente cuando se vive en barrios donde se representa a una minoría (Zammit et al., 2010) o donde la cohesión, confianza y cooperación es baja (Kirkbride et al., 2008). Todas estas situaciones comparten el efecto de aislamiento social y los sentimientos de derrota social (Cantor-Graae y Selten, 2005; Lencz, Smith, Auther, Correll y Cornblatt, 2004). El aislamiento social es un factor previo común en las personas con problemas psicóticos, y esta asociación no se ha encontrado con ningún otro problema psicológico (Rosenfarb, 2013).

Los comportamientos característicos de los trastornos psicóticos, que sin duda resultan extraños y complicados de entender para el ojo ajeno, también pueden ser puestos en contexto, teniendo en cuenta lo antedicho, y ser analizados desde una óptica funcional. Como se vio en el capítulo previo, estos comportamientos se pueden clasificar en 4 grupos: alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y la llamada sintomatología negativa. Las alucinaciones, que generalmente son auditivas (Sastorius, Shapiro y Jablensky, 1974), parecen surgir en contextos de aislamiento y rechazo social, que puede llevar a las personas a centrarse más en ellos mismos. Estas conductas pueden desarrollarse cuando otros reforzadores más potentes no están disponibles, pudiendo surgir incluso con las voces relaciones similares a las que se darían con otra persona, sirviendo también como conducta de evitación cuando la persona ha intentado acercarse a otras y esta conducta ha sido castigada, de esta manera no sólo se estaría evitando exponerse a las situaciones sociales aversivas sino también a la inactividad y el silencio prolongado (Rosenfarb, 2013). Además, Gilbert et al. (2001) consideran que las alucinaciones también pueden servir como autocrítica cuando el contexto ha castigado mucho la conducta social de estas personas.

Los resultados de diversas investigaciones encuentran que los delirios aparecen cuando es necesario dar una explicación a experiencias sensoriales alteradas (van der Werf et al., 2007; White, Kregel y Thompson, 2009). Por lo tanto, esta conducta puede surgir a raíz de las alucinaciones o del contexto aversivo e incontrolable donde se desenvuelven estas personas. Por otro lado, Rosenfarb (2013) también considera que puede ayudar a proteger a la persona de pensamientos punitivos de baja autoestima, especialmente aquellos que pueden generar ideas de poder o grandiosidad. De acuerdo con Carrasco (2014) un primer “brote psicótico” puede ser el resultado de un proceso de sensibilización tras la exposición a estresores, y la conducta de delirar permitiría evitar la exposición imprevista a estímulos aversivos de intensidad elevada.

Respecto al lenguaje desorganizado, éste se atribuye a una carencia en el aprendizaje de claves sociales para regular la conducta verbal, y que por lo tanto la conducta verbal está controlada únicamente por estimulación generada por la persona (Maher, 2003; Rosenfarb, 2013), lo cual es comprensible dado el típico aislamiento social en el que se encuentran.

La denominada sintomatología negativa puede ser explicada por un paradigma de reforzamiento negativo, y se entiende como una conducta de evitación al fracaso en el alcance de objetivos (Gilbert, 2006) o la exposición a situaciones sociales que han sido punitivos en el pasado (Allen y Badcock, 2003).

2.2.2 *Trastornos bipolares*

Actualmente se considera que los trastornos bipolares están entre los problemas psicológicos más influenciados genéticamente (Post y Leverich, 2006). Pero también son muchos los estudios que muestran que la genética por sí sola no es capaz de

explicar a día de hoy el desarrollo de estos problemas, y que los factores ambientales pueden estar jugando un rol en su origen y mantenimiento.

La fase depresiva se asocia con los eventos negativos de la vida, sucediendo éstos meses antes del comienzo del episodio (Malkoff-Schwartz et al., 1998). Sin embargo, cuando este tipo de eventos ocurre con relativa frecuencia, se asocian tanto a la fase maníaca como depresiva (Johnson, 2005a / 2005b). Por otro lado, la fase maníaca pero no la depresiva se encuentra frecuentemente relacionada con situaciones que alteran los ritmos de sueño de la persona (Malkoff-Schwartz et al., 1998).

Los esfuerzos por comprender el rol del contexto han derivado en teorías biologicistas (Post y Leverich, 2006), y no conocemos a día de hoy estudios que analicen las contingencias de las conductas que se incluyen en esta etiqueta, pero dadas sus características y las del contexto en el que se desarrollan se puede deducir que su explicación funcional puede ser bastante similar a la de los otros problemas psicológicos aquí descritos, especialmente la depresión, a los delirios, y a algunas conductas características del TPL como la impulsividad y expresiones de ira.

2.2.3 Depresión

La aparición de problemas de depresión también está asociada a un contexto determinado. Sin embargo, a diferencia de la esquizofrenia y el trastorno de personalidad límite, la investigación en depresión ha estado por mucho tiempo dominada por modelos cognitivos, dejando de lado variables contextuales. Ahora bien, con el resurgimiento del interés, desde los 90, por las teorías conductuales de la depresión, también ha aumentado el número de estudios que resaltan el papel del contexto en el desarrollo de estos problemas.

En general, el comienzo de estos problemas suele estar asociado a una pérdida súbita a nivel personal o laboral (por ejemplo, separación o muerte de un ser querido, o pérdida de empleo), la no consecución de metas personales o la exposición a problemas cotidianos sin herramientas suficientes para hacerles frente (Pérez, 2007). En términos conductuales esto se traduce en privación de refuerzos positivos (Fester, 1973), una baja tasa de reforzamiento positivo contingente a la respuesta (Hoberman y Lewinsohn, 1985) o una exposición a estimulación aversiva (Kessler, 1997). Por supuesto, decir esto es prácticamente decir que cualquier evento negativo, como lo son la pérdida del refuerzo y la exposición al castigo, está asociado con el desarrollo de problemas de depresión. Y es que la depresión a día de hoy es el problema psicológico más común. Pero no se trata sólo de eso, ya que es cierto que estos eventos pueden reducir nuestro estado de ánimo, pero como se verá más adelante dependerá de la conducta de la persona, que este estado de mantenga o aumente, y esta conducta dependerá de su historia de aprendizaje. En cualquier caso, tal y como afirma Pérez (2014) gracias en parte al modelo médico imperante tanto en las consultas clínicas como en la cultura popular, los umbrales de aceptación de malestar se han disminuido, y se ha perdido la capacidad de afrontar con normalidad las vicisitudes de la vida, lo cual conlleva a denominar como depresión la mayor parte de los problemas de la vida (decepciones, frustraciones, agobios, etc.).

De manera opuesta a lo que ocurre con las variables contextuales, tal y como ocurre en el modelo médico, el estudio de la depresión desde una perspectiva funcional ha sido más extenso que el de las otras EMGD, y de hecho cuenta con varios modelos explicativos.

Para empezar, Fester (1973, 1981) explicaba la depresión como el resultado de una historia de aprendizaje donde, por un lado, las conductas no son reforzadas

positivamente por el ambiente, lo que puede resultar en que ellos empleen menos tiempo en llevarlas a cabo, reduciéndose su repertorio y adoptando un estilo de comportamiento pasivo; y por otro, las conductas son reforzadas negativamente al permitir evitar o escapar de condiciones aversivas como consecuencia de vivir en un ambiente aversivo. En resumen, se emplea más tiempo en conductas de evitación que en conductas que permitan acceder a reforzadores positivos.

Lewinsohn (Hoberson y Lewisohn, 1985; Lewisohn, 1974) proponía que la depresión podría ser fruto de bajas tasas de reforzamiento positivo contingente a la respuesta, que estaban influenciadas por tres factores: el número de reforzadores potenciales para una persona, la disponibilidad de estos reforzadores en su ambiente, y las conductas necesarias para acceder a ellos (Lewisohn, 1974). Pero además, este mismo autor también resaltó la importancia de las conductas de evitación en el desarrollo de la depresión. De esta manera Fester y Lewinsohn ofrecían dos explicaciones similares y compatibles.

A día de hoy, el modelo predominante es el desarrollado por Addis y Martell, denominado modelo de activación conductual, que entiende que la depresión se mantiene a través de reforzamiento negativo fruto de conductas de evitación (Martell, Addis y Jacobson, 2001). Este modelo tiene sus raíces en las aportaciones hechas por Fester y Lewinsohn, y entiende la depresión como el resultado de cambios en el contexto que generan una disminución de refuerzo positivo y un aumento en las conductas de evitación. La disminución de reforzadores generaría un bajo estado de ánimo, y esto facilitaría la retirada del “mundo exterior” y la interrupción de las actividades básicas de la vida cotidiana (Dimidjian, Martell, Addis, Herman-Dunn y Barlow, 2008). Las conductas de evitación de contacto social se ven reforzadas negativamente al evitar la exposición a estímulos ambientales que eliciten pensamientos

o sentimientos aversivos, pero también impiden el contacto con reforzadores positivos (Martell et al., 2001). A esto se añade, tal y como señaló Fester (1973), la pérdida de reforzadores puede resultar en silencio e inactividad, y ambas situaciones pueden ser aversivas. En resumen, según este modelo, lo característico de las conductas consideradas depresivas son las conductas de evitación. Tras una situación inicial que propicia la depresión, como son la pérdida, el conflicto, estrés interpersonal, agobio, etc., son estas conductas las que la mantienen e incluso incrementan el problema. Con ellas nos referimos a los sentimientos de tristeza, pensamientos pesimistas o reducción de actividades (Pérez, 2007).

La manera en la que se pierde el acceso a estos reforzadores puede darse de diferentes formas. La más clara es la reducción de respuestas orientadas a la obtención de refuerzo positivo que suele darse ante la pérdida de un reforzador generalizado (por ejemplo, pareja o trabajo). Esta disminución en las conductas se daría en caso de una pérdida completa del reforzador (Kanter, Cautilli, Busch y Baruch, 2011). Pero cuando los reforzadores no se han perdido completamente sino que se ha dado una reducción en su tasa de aparición, puede darse una respuesta resistente a la extinción (Fester, 1973; Skinner, 1957). De esta manera sí se podría producir una disminución del estado de ánimo al retirar reforzadores positivos, pero no una disminución de la respuesta. Pero un estímulo reforzante no desaparece únicamente con su retirada, sino que puede ocurrir que estímulos que previamente eran considerados refuerzos positivos pierdan su valor por procesos de saciación o habituación. Por último, un déficit en habilidades sociales, de autocontrol y solución de problemas también puede generar dificultades para acceder a reforzadores importantes para la persona (Lazarus y Folkman, 1984; Lewinsohn, 1974, 1975).

El control aversivo y el déficit de reforzamiento positivo puede explicar la reducción del estado de ánimo, la aparición de conductas como hipersomnia, alejamiento de sociedad o ideación suicida (entendidas como conductas de evitación), la reducción en actividades orientadas a la obtención de reforzadores culturalmente normales y facilitación de pensamientos negativos (culpabilidad o considerarse poco valioso o útil) o rumiación. Pero vale la pena resaltar que conductas como la queja o el llanto, desde una perspectiva funcional, son potentes mantenedores de la depresión ya que son generalmente reforzados positivamente de manera verbal (Kanter et al., 2011), y por la atención y cuidado; o reforzados negativamente ya que facilita la evasión de responsabilidades (situación que a su vez dificulta el acceso a reforzadores positivos).

En relación con las limitaciones que presentan estos contextos para facilitar la adquisición de habilidades de afrontamiento, también algunos autores han resaltado el papel de la carencia de conductas gobernadas por reglas en la depresión. Los niños aprenden a generar sus propias reglas de conducta a partir de la imitación de las reglas o instrucciones verbales empleadas por los adultos, y de la observación de contingencias (Baer y Rosales-Ruíz, 1998; Cerutti, 1989). La adquisición de habilidad para generar reglas que controlen nuestra propia conducta es la base del autocontrol (Goldiamond, 1976; Zettle y Hayes, 1982). Una regla es un estímulo verbal que especifica contingencias, y que funciona como antecedente de una respuesta operante. La habilidad para generar las propias reglas puede verse limitada al haber recibido reglas o instrucciones con consecuencias retrasadas o con resultados impredecibles, y esto puede facilitar el control de la conducta por contingencias inmediatas. De esta manera se impediría el acceso a importantes fuentes de refuerzo para la persona (Rehm 1979, 1988; Rehm y Rokke, 1988).

En sentido contrario, Hayes (1989) resalta la importancia del exceso de conductas gobernadas por reglas y evitación experiencial en la depresión. Esta última se entiende como el rechazo o poca disposición a mantener el contacto con experiencias privadas (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Las situaciones que facilitan el desarrollo de evitación experiencial gobernada por reglas de acuerdo con Hayes, Strosahl y Wilson (1999) pueden ser el refuerzo de la evitación de eventos públicos negativos que puede ser generalizada a eventos privados negativos; como conducta modelada por los adultos cercanos al niño o como resultado de procesos de lenguaje. Aunque esta conducta tiene ventajas inmediatas como puede ser la evitación de respuestas emocionales negativas o la obtención de refuerzos verbales encubiertos asociados (un excelente ejemplo y muy adecuado a la sociedad actual es el expuesto en Kanter et al. (2011): “para tener una vida exitosa, tengo que control mis emociones”), esta evitación de emociones puede derivar en respuestas sociales poco apropiadas al contexto y a su vez dificultar ciertas interacciones íntimas que suelen ser reforzadores potentes. Además, una conducta excesivamente gobernada por reglas puede hacerse insensible al *feedback* contextual, que es tan necesario como las reglas propias para regular nuestra conducta (y adquirir nuevas reglas adecuadas) y tener repertorios adecuados de comportamiento para acceder a importantes reforzadores (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989).

2.2.4 Trastorno de personalidad límite

Los estudios concluyen que el factor psicosocial que muestra una mayor correlación con el desarrollo trastornos de personalidad límite (TPL) es el ambiente invalidante, definido como la tendencia a responder errática e inapropiadamente a las experiencias privadas de un niño (Linehan, 1987). Linehan (2003) describe a las

familias invalidantes como aquellas que tienden a dar respuestas extremas cuando el niño comunica sus pensamientos o emociones. El comportamiento de los familiares se caracteriza bien por la ausencia de respuesta o por el castigo de tales expresiones, en muchos casos asociándolas a falta de juicio o impulsividad. Este ambiente dificulta el aprendizaje de la expresión emocional: reconocer y poner un nombre a las emociones, y controlarlas y expresarlas de manera adecuada para su cultura. Nuevamente, esta falta de validación emocional, especialmente de las emociones negativas, es común hoy en día, especialmente en las sociedades que premian el individualismo, el autocontrol y el logro individual (Linehan, Cochran y Kehrer, 2001)

Linehan (2003) que define en su teoría biosocial el TPL como una disfunción en la regulación de las emociones, y considera que las conductas características de esta etiqueta son fruto de la incapacidad para autorregular las emociones y de estrategias no adaptativas de regulación de emociones. Desde nuestro punto de vista, como ya se mencionó previamente, no serían estrategias no adaptativas sino que estos patrones de conducta se mantienen en el tiempo como una manera adaptativa de desenvolverse en las situaciones que vive. Diferente es que estas conductas no sean las adecuadas para esa cultura y le generen problemas a largo plazo, ya que justamente este contexto lo que dificulta es la adquisición y puesta en marcha de conductas dirigidas a una meta y conductas prosociales.

Funcionalmente este contexto invalidante dificulta o inhibe el uso de habilidades para la regulación emocional, y refuerza conductas propias de las conductas impulsivas características de estos problemas. Además, estas conductas pueden servir para regular las emociones (Linehan, 2003), de manera que son reforzadas negativamente al reducir o eliminar estados emocionales aversivos o positivamente al dar acceso a potentes refuerzos positivos. Esta falta de habilidades para la autorregulación emocional y esta

dependencia de las contingencias genera a largo plazo problemas no sólo para sus metas sino también para establecer y mantener una identidad, en palabras de Linehan “un sentido del yo”, de manera que las personas tienden a sentirse vacías y a no ser capaces de definirse a ellas mismas (Linehan et al., 2001).

A modo de conclusión, esta variedad de explicaciones para diferentes EMGD no es más que una muestra más del carácter idiográfico del modelo conductual, ya que conductas similares pueden tener funciones diferentes según el contexto y la historia de aprendizaje de cada persona. Las conductas que constituyen y son mantenedoras de estas etiquetas diagnósticas, por muy extrañas y fuera de lugar que parezcan al ojo ajeno, son adaptativas. Además, aunque pueden tener diferentes morfologías y cumplir diversas funcionalidades, estas conductas sí parecen tener un punto en común: el contexto en el que se suelen desarrollar. A nivel general se podría decir que estos contextos disfuncionales están caracterizados por el exceso de castigos, el déficit de reforzadores sociales, la necesidad de conductas poco comunes para su adaptación, y la dificultad, o incluso impedimento, del aprendizaje de otras conductas necesarias para la adaptación a largo plazo a su cultura. Estos contextos e historias de aprendizaje que se dan no son idénticos, y sus diferencias son las que marcan la variedad de conductas (distintas tanto en su morfología como en su función) que constituyen estos problemas psicológicos.

3. PSICOTERAPIA PARA LAS DENOMINADAS EMGD

3.1 Modelo médico de la psicoterapia vs modelo conductual

La aplicación de un modelo médico de la psicoterapia para estos problemas psicológicos resulta especialmente ilógica. En muchos casos, emplea técnicas de intervención psicológica desarrolladas desde una perspectiva conductual, pero lo hace en función de la etiqueta diagnóstica, basada en clasificaciones nomotéticas que se le haya adjudicado a la persona. Esto disminuye considerablemente el potencial de las técnicas. Desde una perspectiva conductual, conductas con una misma morfología pueden haber sido originadas y ser mantenidas por diferentes motivos, es decir, pueden estar cumpliendo diferentes funciones. Por lo tanto, sería absurdo elegir la técnica de intervención en función de la morfología de respuesta, o lo que es lo mismo, de la denominada sintomatología. Esta aproximación deja gran parte del éxito de la terapia en manos del azar. Por el contrario, desde una aproximación conductual, como se adelantó previamente, habría que evaluar cuáles son las variables que se relacionan funcionalmente con los comportamientos que se consideran problemáticos y diseñar una intervención que permita modificarlas (Haynes y O'Brien, 1990). Así, desde esta perspectiva resulta totalmente innecesaria la etiquetación, substituyéndose por un análisis de cada caso basado en funcionalidad y no en morfologías, siendo por lo tanto una psicoterapia transdiagnóstica.

Además del papel fundamental que sin lugar a dudas juegan las técnicas de intervención psicológica en el éxito de psicoterapia, no hay que olvidar que gran parte de este éxito se debe también a los denominados factores comunes (Duncan, Miller, Wampold y Hubble, 2010; Norcross y Lambert, 2011), cuyo papel ha sido pobremente explicado desde el modelo médico, donde se ha dado el movimiento de los tratamientos

empíricamente apoyados que ha derivado en las guías de tratamientos psicológicos eficaces. Afortunadamente, desde un modelo contextual aparece el movimiento de los factores comunes que enfatiza la importancia de los factores interpersonales en la psicoterapia (Hubble, Duncan y Miller, 1999). Dentro de estos factores destaca la relación o alianza terapéutica como elemento común. Así, la relación terapéutica ha sido considerada como un elemento central en el proceso terapéutico (Andrews, 2000; Castonguay, Constantino y Grosse, 2006; Lambert, 1992). Además, pese a la gran diversidad de explicaciones y de aproximaciones a su estudio, sí se ha llegado a la conclusión de que la relación terapéutica es un buen predictor del resultado de la intervención (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000; Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011).

En sus inicios la modificación de conducta prácticamente ignoró su importancia (Wilson y Evans, 1977), lo cual condujo a una ausencia de estudios que expliquen la función de la interacción en el cambio clínico (Rosenfarb, 1992). En la actualidad, dentro de la tercera ola, el análisis de la conducta clínica es una de las escuelas que han intentado superar una de las limitaciones de la modificación de conducta, a saber, el restar relevancia a la relación terapéutica como elemento clave en la terapia (Pérez, 2004). El lenguaje es un elemento central en esta aproximación, y se entiende como un comportamiento verbal que constituye una herramienta terapéutica y el objetivo del cambio psicológico.

Aunque son muchas las aportaciones realizadas en el campo de la investigación por esta tercera ola, son muchas las críticas recibidas en el terreno práctico. Resumiendo, existen dudas sobre su utilidad práctica (Corrigan, 2001); y supone más avance que una revolución de la modificación de conducta (Hayes et. al, 2004). Pero al margen de las críticas, lo que a nuestro parecer resulta más destacable es la constatación

de que el terapeuta puede moldear la conducta del cliente en sesión a través de la interacción terapéutica (Callaghan, Summers y Weidman, 2003; Karpiak y Benjamin, 2004; Truax 1966). Y mejor aún, esta modificación de las conductas dentro de la terapia puede afectar a las conductas que se dan fuera de ella (Kanter et al., 2006). El concepto de equivalencia funcional propuesto en la psicoterapia analítico-funcional permite enlazar el contexto clínico con el contexto cotidiano del cliente (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995). Esto supone un avance en el uso consciente de la conducta del terapeuta como motor de cambio que permita moldear la conducta del cliente según los criterios clínicos establecidos.

En este sentido, como se anticipó en el capítulo anterior, desde la perspectiva de la línea de investigación donde se enmarca esta tesis, la relación terapéutica es el producto de la interacción terapéutica, la cual es un elemento clave en el proceso terapéutico (Ruíz, Froján y Galván, 2015). Asumiendo que, por un lado, el contexto clínico es un medio que sirve para moldear las conductas clínicamente relevantes que el cliente expresa en sesión; y por otro, que la interacción terapéutica es un mecanismo de modificación de las conductas de cliente. La relación terapéutica es el contexto en el que se da el cambio terapéutico, siendo el contexto clínico un medio que sirve para moldear las conductas clínicamente relevantes que el cliente expresa en sesión, y la interacción terapéutica un mecanismo de modificación de las conductas de cliente (Ruíz, Froján y Galván, 2015).

3.2 La psicoterapia desde el punto de vista conductista

Desde el conductismo, la psicoterapia tiene objetivos terapéuticos muy diferentes a los de la que se lleva a cabo en el modelo de enfermedad. No sólo se trata de reducir la denominada sintomatología, que en términos conductuales sería la

modificación de conductas, sino que además dado su carácter idiográfico, adapta sus objetivos en función del caso (González y Pérez, 2007), y persigue el alcance del bienestar de la persona, más allá de los cambios en la morfología de respuesta. De este modo, la manera de trabajar pasa por el análisis de casos clínicos y se aleja de tratamientos protocolizados propios del modelo clínico.

Por lo tanto, toda aproximación funcional a los problemas psicológicos pasa por la realización de un análisis funcional, que pone el énfasis en la función de la conducta y no tanto en su morfología, siendo el estudio de las contingencias ambientales que se encuentran en el origen, y más especialmente en el mantenimiento de la conductas, un punto clave para la formulación del caso.

Pero es que además, el análisis funcional no sólo es utilizado para la comprensión de los problemas por parte del terapeuta sino que también resulta especialmente terapéutico que la persona que acude a terapia identifique las secuencias funcionales que explican su conducta, cuál ha sido su función adaptativa, y qué contingencias la controlan. Este conocimiento permite a la persona tener un papel activo más exitoso en el cambio de sus conductas, ya que permite guiar su comportamiento. Desde una perspectiva de enfermedad, que sólo identifica supuestos síntomas, este efecto terapéutico no se da, lo cual sitúa a la persona en un papel más pasivo.

Siendo el objetivo la modificación de conductas que se consideran adaptativas para el ambiente de la persona, resulta necesario plantearse el cambio del ambiente. Por esto no es de extrañar que las terapias de la primera ola tuviesen un mayor éxito en instituciones que permitían un control del contexto y un menor éxito en contextos ambulatorios.

Esta limitación fue superada en la tercera ola, que incluye diferentes aproximaciones terapéuticas que comparten varios avances respecto al estudio de la

conducta. Una de sus principales aportaciones ha sido el uso del análisis funcional para evaluar la conducta clínica, siendo la conducta clínica más común el lenguaje (Dougher, 2000). Esta contribución parte de la obra Conducta Verbal de Skinner (Skinner, 1957), que analiza funcionalmente la conducta verbal, pero que no se aplicó a la práctica clínica hasta la tercera generación (Pérez, 2006).

3.3 Alternativas psicoterapéuticas actuales para las denominadas EMGD

Como se ha visto hasta ahora, las personas que tienen estos problemas psicológicos tienen en común una carencia de habilidades básicas para adaptarse al contexto amplio (cultura) en el que se desenvuelven, debido a una historia de aprendizaje dada en un contexto disfuncional, donde ha hecho falta adaptarse a través de conductas que generan graves problemas a largo plazo. Por este motivo, las alternativas psicoterapéuticas se centran en construir nuevas historias de aprendizaje que incluyen la modificación de conductas poco apropiadas para los objetivos de estas personas, y la generación de conductas que les permitan alcanzar sus objetivos.

A continuación se detallan aquellas terapias conductuales que se han desarrollado para dar solución a estos problemas psicológicos. En el Capítulo I se presentaron algunas de ellas utilizadas desde una perspectiva médica. En este capítulo se devuelve el carácter conductual con el que fueron diseñadas.

3.3.1 *Activación conductual*

La activación conductual se centra en las conductas problemáticas que se engloban dentro de la etiqueta de depresión y, sin quitarle importancia, las sitúa en el contexto actual donde se dan los problemas de la vida cotidiana y devuelve a la persona el papel activo para modificarlos (Pérez, 2007). Por lo tanto, estas conductas serían

respuestas normales de adaptación ante situaciones determinadas, devolviendo el carácter contextual y alejándose de explicaciones cognitivistas. Esta alternativa utiliza técnicas clásicas de la modificación de conducta como la programación y estructuración de actividades, la solución de problemas, el reforzamiento positivo, el desvanecimiento, el entrenamiento en habilidades sociales y los métodos para facilitar un contacto directo con la experiencia (Dimidjian et al., 2008).

3.3.2 Psicoterapia analítico-funcional

La psicoterapia analítico-funcional enfatiza el papel del lenguaje y las reglas de conducta en el desarrollo de problemas psicológicos. Asume que las conductas moldeadas en sesión serán mantenidas en el contexto natural del cliente, ya que considera el contexto terapéutico como un contexto genuino, y utiliza la relación terapéutica para hacer un modelamiento de las conductas problemáticas y generar nuevas conductas más adecuadas para solucionar sus problemas (Kohlenberg y Tsai, 1991). Se ha mostrado eficaz para reducir problemas de depresión y psicóticos (Baruch, Kanter, Busch y Juskiewicz, 2009).

3.3.3 Terapia dialéctica conductual

Diseñada para el tratar los problemas de conducta característicos de la etiqueta trastorno de personalidad límite, la terapia dialéctica conductual asume que el TPL se debe a carencias de habilidades de autorregulación, de relación interpersonal y tolerancia al malestar (Linehan, 2003). Esta alternativa emplea técnicas de intervención psicológica clásicas como solución de problemas, exposición, formación de habilidades, gestión de contingencia y reestructuración cognitiva (Linehan et al., 2001). Estas técnicas están orientadas a desarrollar habilidades básicas psicosociales y a aumentar la

motivación, especialmente la de mantenerse con vida. De igual manera que la PAF utiliza las sesiones de terapia como contexto para moldear la conducta del cliente a través del manejo de las contingencias, no sólo de los refuerzos considerados más naturales sino también se esmera en detectar conductas que pueden ser muy nocivas y emplear consecuencias aversivas o refuerzos de alternativas más adecuadas (Linehan, 2003).

3.3.4 Terapia de aceptación y compromiso

Esta terapia enseña a los clientes a aceptar la denominada sintomatología sin juzgarlos, y cambiar el foco de atención hacia sus valores y el alcance de sus objetivos (Hayes et al., 1999). Basada en la teoría de los marcos relacionales, postula como factor común de los problemas psicológicos la evitación experiencial, que consiste en evitar el contacto con pensamientos, sentimientos y sensaciones que resultan aversivos para la persona (Bach y Moran, 2008; Hayes y Gifford, 1997). García y Pérez (2005) exponen cómo las alucinaciones y los delirios son formas de evitación experiencial. La terapia de aceptación y compromiso por lo tanto tiene como objetivo el abandono de la evitación de las alucinaciones (Thomas, Morris, Shawyer y Farhall, 2013), fomentando un comportamiento orientado hacia los objetivos ignorando los delirios que puedan aparecer en el camino (García, Pérez y Perona, 2013). Aunque no se ha mostrado especialmente eficaz en la reducción de la denominada sintomatología, sí se ha mostrado eficaz para reducir las rehospitalizaciones (Bach y Hayes, 2002).

Estas nuevas propuestas psicoterapéuticas, que sin duda mejoran la psicoterapia conductista tradicional, especialmente la ambulatoria, no son en ningún caso incompatibles con las técnicas de intervención psicológica desarrolladas en las

generaciones previas, cuya pertinencia variará según el caso que se esté tratando y que, como se dijo previamente, juegan un rol fundamental en el éxito de la terapia. Sin duda, el papel de estas técnicas de intervención conducirá al éxito siempre y cuando, por un lado, se siga un modelo idiográfico que permita analizar y modificar las secuencias funcionales que generan problemas a la persona y, por otro, se haga un uso adecuado del contexto verbal terapéutico que permita generar el cambio clínico, tal y como aporta la tercera ola.

4. CONCLUSIONES

Aunque son muchos los estudios que resaltan de una manera u otra la importancia de las variables contextuales para el desarrollo y mantenimiento de estos problemas, el modelo médico las deja de lado, con sus sistemas de categorización y su incesante búsqueda de las bases biológicas. Un modelo de enfermedad no sitúa estos problemas en el contexto biográfico de la persona, no considerando que estas conductas problemáticas tienen sentido e intencionalidad propios. Su modelo nomotético asume que los casos que entran dentro de una categoría diagnóstica son prácticamente iguales, y no facilita una comprensión de estos problemas como problemas del yo.

Una aproximación funcional tanto a la conceptualización de los problemas psicológicos etiquetados como EMGD como a la psicoterapia supone una alternativa que supera las limitaciones y las confusiones generadas en la psicología por la asunción del modelo médico que ha dejado de lado las variables contextuales, tan importantes para explicar estos problemas y darles solución.

Desde esta perspectiva no se produce la etiquetación, ya que esta última no sólo no aporta una comprensión de cómo se originan y mantienen estos problemas teniendo en

cuenta el rol que juegan las diferentes variables, sino que facilita el mantenimiento y la cronificación. El análisis funcional supera todas estas limitaciones y permite el máximo aprovechamiento de las técnicas de intervención psicológica disponibles ya que permite seleccionar y adaptar las más adecuadas según el caso, al saber el papel que juegan las variables en el mantenimiento del problema.

Las barreras que tradicionalmente ha encontrado la perspectiva funcional son las dificultades para el cambio conductual en contextos ambulatorios al no tener la posibilidad de manejar las variables necesarias para la modificación de conductas. No obstante, estos impedimentos han sido superados gracias a los avances alcanzados en la tercera generación respecto al papel del lenguaje en sesión para el cambio terapéutico.

Pese a lo esperanzador de estos últimos avances, a día de hoy las mayores restricciones para poder hacer una generalización de la psicoterapia desde una perspectiva funcional son los escasos estudios sobre eficacia que avalen su uso, así como la carencia de formación adecuada para la práctica clínica.

Con el fin de contribuir tanto a la proliferación de literatura sobre los procesos que subyacen a la eficacia de la aproximación funcional como a la posible formación de futuros profesionales, nuestro objetivo a continuación será estudiar el proceso terapéutico para comprender mejor qué sucede en terapia.

CAPÍTULO III

MARCO GENERAL DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Los capítulos anteriores fueron dedicados, por un lado, a describir el estado actual de la práctica clínica para las denominadas EMGD, y por otro, a exponer una alternativa teórica que facilite superar las limitaciones actuales para avanzar en la comprensión del origen y mantenimiento de estos problemas, y diseñar intervenciones psicológicas eficaces para darles solución. En el primer capítulo se mostraron las diferentes alternativas de intervención que muestran un elevado apoyo empírico para tratar las diferentes etiquetas diagnósticas consideradas como EMGD, los puntos en común que tienen estas alternativas terapéuticas en uso – destacando entre ellos el aplicación del modelo médico para la conceptualización de estos problemas psicológicos y el diseño de intervención –, los avances realizados desde este modelo y sus limitación. En el segundo capítulo, se expuso una alternativa conductual complementaria al modelo médico que puede permitir superar algunas de las limitaciones que presenta el uso de éste para la conceptualización e intervención psicoterapéutica de las denominadas EMGD. Pese a sus evidentes ventajas, la alternativa presentada ha tenido dificultades para generalizarse tanto en investigación como en la práctica, siendo escasos los estudios de eficacia y la formación adecuada para la práctica clínica desde esta perspectiva.

Con la finalidad de disminuir estas dificultades, el presente capítulo expone una manera de aproximarse al estudio de la intervención terapéutica en EMGD. Ésta consiste en la investigación empírica desde una perspectiva conductual, y tiene como objetivo avanzar en la comprensión de los procesos que subyacen al cambio terapéutico en las intervenciones clínicas realizadas a personas con una etiqueta diagnóstica de EMGD.

Dicha aproximación se enmarca dentro de una línea de investigación iniciada en el año 2004 por un equipo de investigación de la Universidad Autónoma de Madrid liderado por María Xesús Froxán Parga que estudia los procesos que explican el cambio terapéutico a través del análisis de la interacción verbal en contextos clínicos. El fin último de esta línea es contribuir a la clarificación de los mecanismos de cambio que operan en el contexto clínico, y así promover formas de intervención psicológica más eficaces y eficientes.

Esta línea de investigación tiene una larga trayectoria y ha probado ser una alternativa válida para el estudio de los procesos que subyacen al éxito de la terapia. Sin embargo, hasta ahora no se ha adentrado en el estudio de estos procesos en las intervenciones realizadas a personas con un diagnóstico de EMGD desde un modelo médico. Es por lo tanto el objetivo de esta tesis doctoral dar el primer paso en esta dirección.

Antes de adentrarnos en la investigación empírica, en este capítulo situaremos a esta línea de investigación en su contexto histórico y se expondrán sus características principales.

2. CONTEXTO HISTÓRICO DE ESTA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Tras décadas de abundantes estudios de resultados procurando responder a la pregunta de cuáles son los tratamientos más eficaces para los distintos problemas psicológicos, motivados principalmente por el afán de demostrar la superioridad de determinadas maneras de proceder en la práctica clínica frente a otras, en los años 90 del pasado siglo comenzó a proliferar la investigación de procesos (Hill, Nutt y Jackson, 1994). Este cambio se vio facilitado por los diversos estudios que concluían que, aunque muchos tratamientos se mostraban más eficaces que la falta de tratamiento, existía una equivalencia en los resultados que se podían alcanzar haciendo uso de cada una de estas diferentes técnicas de intervención (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; y Smith y Glass, 1977).

Los estudios realizados desde entonces se han centrado considerablemente en los factores no específicos que explican el cambio clínico, especialmente la relación terapéutica (Castonguay, Constantino, y Grosse, 2006; Rosen y Davinson, 2003). Aunque son muchos los trabajos que se han enfocado en analizar las características de terapeuta y cliente que pueden afectar tanto a la relación terapéutica como al éxito de una terapia, las conclusiones han sido de limitada relevancia y poco generalizables (Corbella y Botella, 2004). Además, los recientes trabajos llevados a cabo por Wampold concluyen que es el contexto de la terapia, y no las características específicas de cada uno de sus integrantes, el que juega un papel importante en su eficacia (Benish, Quintana, y Wampold, 2011; Minami et al., 2008; Minami et al., 2009; Wampold et al., 2011).

En la misma línea de Wampold, dando un paso más, Pérez (2006) afirma que si algo caracteriza al contexto clínico, esto es la presencia de la conducta verbal, siendo

ésta la conducta más frecuente y relevante. Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, también compartido por otros autores como Beutler et al. (2004) o Blatt, Zuroff, Hawley y Auerbach (2010), resulta de especial relevancia realizar estudios centrados en analizar la interacción verbal en terapia.

No obstante, merece la pena destacar que pese a la importancia dada aquí a la interacción verbal en terapia y a su resultado, es decir, la relación terapéutica, no podemos olvidar el papel de las técnicas de intervención psicológica. De hecho, a nuestro parecer, las técnicas de intervención y la interacción terapéutica tienen en común su naturaleza como procesos de aprendizaje, sus principios de funcionamiento y sus efectos. Así, la interacción terapéutica es el contexto donde se dan los procesos de aprendizaje, y brinda la oportunidad al terapeuta de alcanzar los objetivos terapéuticos a través de su conducta, haciendo uso de refuerzos, castigos u otras funciones que considere necesarias (Froján, de Pascual, Moreno y Ruiz, 2013).

Sin lugar a dudas, un referente para la aproximación al estudio de la interacción terapéutica es la línea de investigación iniciada en la década de los ochenta por Willard Day en la Universidad de Reno. Este equipo mostró su interés por el comportamiento verbal en terapia y empezó a analizar la conducta en terapia aplicando el conductismo radical. Para clasificar estas conductas utilizaron un sistema de categorías basándose en la obra de Skinner *Conducta Verbal* (1957).

El legado que ha dejado este equipo es indiscutible, ya que desarrolló dos postulados que proponían el regreso a los fundamentos olvidados del conductismo. En primer lugar, la conceptualización de la interacción terapéutica como un proceso de moldeamiento de la conducta del cliente, a través de la emisión por parte del terapeuta de estímulos discriminativos y refuerzos, con el objetivo de eliminar las conductas indeseadas o antiterapéuticas y desarrollar las conductas deseadas (Callaghan, Naugle y

Follette, 1996; Rosenfarb, 1992). Y en segundo lugar, el estudio del lenguaje entendido como una conducta verbal. Desde esta perspectiva funcional, el lenguaje es considerado como un elemento fundamental en la terapia al ser el contexto donde se dan los problemas psicológicos (Hayes y Wilson, 1994; Wilson y Blackledge, 2000; Wilson y Luciano, 2002).

Tal y como afirma Pérez, 1996a, ambos postulados son ahora fundamentales para explicar el proceso de terapia, y son las raíces de las terapias de tercera generación (Hayes, 2005; Hayes, Wilson, Gilford, Follette y Strosahl, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai et al., 2009). Como se verá más adelante, nuestro trabajo está fuertemente influenciado por los estudios realizados por este equipo.

3. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE ENMARCA EL PRESENTE ESTUDIO

En pocas palabras, desde nuestra perspectiva, para el éxito de la terapia son indispensables tanto las técnicas de intervención como la relación terapéutica. La interacción terapéutica no solo es el contexto donde se ponen en marcha las técnicas de intervención sino que también fruto de ella surge la relación terapéutica. Por ello, es considerada un elemento clave en el proceso terapéutica, y nuestra línea centra su interés en su estudio.

Nuestra aproximación a su investigación, tal y como expresan Ruiz, Froján y Galván, (2015) asume que, por un lado, el contexto clínico es un medio que sirve para moldear las conductas clínicamente relevantes que el cliente expresa en sesión; y por otro, que la interacción terapéutica es un mecanismo de modificación de las conductas

del cliente. Desde esta perspectiva se destaca la importancia de los efectos iatrogénicos de la interacción, que pueden ser un elemento facilitador del logro de los objetivos terapéuticos. Por consiguiente, se asume que un terapeuta será tanto mejor cuanto más consiga adaptar su estrategia de intervención al cliente, es decir, su calidad dependerá de su capacidad para generar los procesos de aprendizaje adecuados al análisis funcional del caso. Así pues, es primordial que la conducta del terapeuta sea lo más flexible y natural posible, lo cual le permitirá responder de una manera similar a la que se daría en el entorno cotidiano del cliente. Por este motivo, compartimos el punto de vista de Follette, Naugle y Callaghan, (1996) acerca de la importancia del reforzamiento selectivo de las conductas del cliente para desarrollar comportamientos que le permitan alcanzar sus objetivos.

Nuestro acercamiento al estudio de esta interacción para comprender los procesos que subyacen al éxito de la terapia, intenta resolver algunos de los problemas que presenta la investigación de procesos como son la confusión conceptual, la pluralidad metodológica y la diversidad de objetivos de investigación. En consecuencia, esta línea de investigación basada en tres pilares:

1. Marco teórico sólido que permita conceptualizar la investigación e interpretar los datos.
2. Clara definición del fenómeno a analizar y de los objetivos a alcanzar.
3. Metodología de trabajo que permita acercarse al objeto de estudio con rigor y exactitud.

El paradigma conductual ofrece una aproximación científica que aporta un método cuidadoso de observación de los hechos, y una verificación de las hipótesis planteadas a través de la experiencia. Adoptando este marco de referencia, la propuesta de esta línea es:

- La conceptualización de la interacción terapeuta-usuario como un procesos de moldeamiento a través de discriminación, reforzamiento y castigo de conductas del usuario, que modificaría gradualmente su comportamiento.
- La explicación del lenguaje observado en la sesión de terapia por los principios del condicionamiento clásico y operante.

La manera en que nuestra línea de investigación busca alcanzar el objetivo de optimizar la intervención psicológica es a través de una metodología observacional. La secuencia seguida por esta metodología comienza con la descripción de la intervención terapéutica; seguida por la formulación y contraste de hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y fracaso de la terapia; y culminando con la explicación del proceso de cambio clínico (Llewelyn y Hardy, 2001).

Los trabajos previos de este equipo han realizado una descripción de la interacción terapéutica basada en el análisis de la conducta verbal. Como se mencionó previamente, en este sentido la Metodología de Reno ha sido sin duda una fuente de referencia para este equipo. Para el registro y análisis de la conducta verbal se han desarrollado sistemas de categorías basados en las operaciones conductuales básicas de Catania (1992) y Pérez (1996). Estos sistemas sirven para categorizar las posibles funciones de la conducta verbal del terapeuta y las morfologías de respuesta del cliente. Para su registro se ha hecho uso de la herramienta informática *The Observer XT*, que permite una excelente precisión en el registro de las observaciones.

Esta línea tiene una larga trayectoria estudiando los mecanismos que subyacen al éxito en terapia, independientemente de la problemática tratada. Gracias a estos estudios, para empezar, se ha constatado que las variaciones en la emisión de hipotéticas funciones de la conducta verbal del terapeuta difieren en función de la actividad clínicamente relevante que se esté realizando en ese momento. Estas actividades son

evaluar, explicar, entrenar/tratar y consolidar los cambios. Variables como el terapeuta, el cliente o la problemática no muestran una relación con estas variaciones. A continuación, a través del análisis de secuencias hipotéticamente funcionales, se ha podido observar la aparente influencia recíproca que ejercen terapeuta y cliente. Por último, se ha contemplado el desarrollo de procesos de moldeamiento donde se parte de las verbalizaciones del cliente, y progresivamente se van alcanzando verbalizaciones más adaptativas a medida que avanza el proceso terapéutico.

Este acercamiento al estudio de las interacción terapéutica, centrado no tanto en su descripción sino en su análisis funcional (Froján y Ruiz, 2013), ha permitido generar un modelo de las interacciones verbales durante el proceso terapéutico (Ruiz, Froján y Galván, 2015). Este modelo se basa en los procesos de moldeamiento verbal a través del condicionamiento operante en línea con las propuestas de diferentes autores como por Follete et al. (1996) o Rosenfarb (1992). La siguiente figura (figura III.1) resume esta propuesta. En ella se pueden observar los diversos patrones de comportamiento detectados en cada una de las actividades clínicamente relevantes. Estos patrones destacan la directividad del terapeuta a lo largo de la intervención, mostrando como su conducta cambia según la actividad clínicamente relevante y como, en consecuencia, la conducta del cliente también se modifica (para una explicación detallada ver Ruiz, Froján y Galván, 2015).

Tabla III.1 *Secuencias comportamentales en cada una de las actividades clínicamente relevantes del terapeuta*

Actividad clínicamente relevante del terapeuta	Secuencias comportamentales principales
EVALUAR	Disc. sin/ ind --- Proporcionar información --- Función refuerzo bajo
EXPLICAR	<p>A) Informativa - Disc. conv. } Aceptación – Top. r. bajo Desacuerdo – Top. castigo } Informativa Sol. información }</p> <p>B) Anticipación seguimiento } Función refuerzo medio Logro } Función refuerzo alto</p>
TRATAR	<p>A) Disc. sin } Descripción seguimiento ----- Función refuerzo medio y alto Descripción no seguimiento ----- Función castigo</p> <p>B) Instr. dentro } Seguimiento dentro ----- Función refuerzo medio y alto No seguimiento dentro ----- Función castigo</p> <p>C) Instr. fuera } Anticipación seguimiento----- Función refuerzo medio y alto Anticipación no seguimiento --- Función castigo</p> <p>D) Instr. fuera- Disc. conv. } Aceptación- Top. r. bajo Desacuerdo- Top. castigo } Instr. fuera Sol. Información }</p>
CONSOLIDAR	<p>A) Proporcionar información --- Función refuerzo conversacional</p> <p>B) Logro } Función refuerzo medio Bienestar } Función refuerzo alto</p> <p>C) Fracaso } Top. castigo Malestar } Función refuerzo conversacional Otras }</p> <p>D) Chatting</p>

Los resultados obtenidos hasta ahora no solo resaltan la relevancia del contexto clínico como un contexto donde el terapeuta puede originar procesos de moldeamiento que generen comportamientos más adaptativos, sino que además demuestran que la metodología empleada por esta línea de investigación permite dar respuesta a muchas interrogantes sobre el proceso terapéutico sino que además

Son muchos los avances que se han hecho, pero todavía queda un largo camino para comprender los procesos que subyacen al cambio terapéutico. Tal y como expone Ruiz (2011), en primer lugar, es conveniente estudiar en profundidad cada una de las

hipotéticas funciones de la conducta verbal del terapeuta para avanzar en la comprensión de su papel en sesión. Ya se han hecho algunos avances en esta dirección. Para empezar, se ha estudiado la función informativa como una regla de conducta (ver Froján, Pardo, Vargas y Linares, 2011; Vargas y Pardo, 2014.); a estos estudios le han seguido los de la función motivadora como operación de establecimiento (ver De Pascual, 2015; Froján, Alpañés, Calero y Vargas, 2010). Además, en la actualidad se están empezando a estudiar la funciones instructora y castigo (ver Froján, Galván, Izquierdo, Ruiz y Marchena, 2015; Marchena, Calero y Galván, 2013).

En segundo lugar, la incorporación de indicadores de efectividad y eficiencia aportaría más información acerca de la hipotética funcionalidad de cada una de las categorías estudiadas. Y dando un paso más, sería de gran interés realizar estudios intra-sesión para evaluar momento a momento las secuencias funcionales que facilitan el cambio en terapia.

Por último, el estudio de la interacción en terapia llevada a cabo por profesionales de otras aproximaciones teóricas y / o interviniendo sobre otros problemas psicológicos no estudiados por ahora en esta línea de investigación permitiría comprobar si los procesos de cambio clínico observados hasta ahora se dan independiente del modelo teórico o la problemática tratada. Esta última propuesta es la dirección hacia la que se dirige el presente trabajo.

4. INTRODUCCIÓN AL PRESENTE ESTUDIO

Esta tesis doctoral pretende dar un paso más en la clarificación de los procesos de cambio clínico al estudiar el comportamiento en sesión de una población que no había sido estudiada previamente y cuyas características la diferencian

considerablemente de la población estudiada hasta el momento. Los casos estudiados hasta ahora provenían de la clínica privada, donde el régimen es ambulatorio, los psicólogos tienen una orientación conductual y los clientes problemáticas que no incapacitan de manera considerable su vida, siendo en la mayor parte de los casos problemas de ansiedad, de estado de ánimo o de pareja.

En este nuevo estudio se investiga concretamente la interacción terapéutica de los terapeutas y usuarios de los centros asistenciales de La Red Pública de Atención Social a Personas con Discapacidad Derivada de Enfermedad Mental Grave y Duradera de La Comunidad de Madrid. Estos centros proporcionan ayuda a personas que han sido diagnosticadas de lo que se considera una enfermedad mental grave y duradera ofreciendo tres recursos: centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, y centros de rehabilitación laboral. Es dentro de estos recursos donde se ofrecen sesiones de terapia que se van a estudiar, y estas sesiones son realizadas por psicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales. Pero las diferencias no solo están en las problemáticas tratadas, la perspectiva terapéutica o el contexto donde se desarrollan, sino que además, las características de la ayuda global recibida también varían. No solo se proporciona ayuda por parte de psicólogos sino también por parte de terapeutas ocupacionales, y el tipo de régimen de estancia se ajusta a cada caso (servicio ambulatorio, pisos supervisados, plazas supervisadas en pensiones o residencia dentro del centro). Cabe destacar que, por lo tanto, las diferencias entre la población previamente estudiada por este equipo y la que se estudia en la presente tesis no son en ningún caso conceptuales sino contextuales y morfológicas.

La relevancia de este estudio no solo está en estudiar la posible generalización de los resultados obtenidos hasta ahora en esta línea, sino que además pretende aportar una mayor claridad en el estudio de problemáticas que son comúnmente denominadas

enfermedades mentales, consideradas además graves y duraderas. Como ya hemos mencionado en capítulos anteriores, estos problemas suponen un gran coste económico y generan un gran sufrimiento no solo a las personas que lo presentan sino a los que están a su alrededor (Whitefor et al, 2013). Pese a los numerosos esfuerzos que se realizan para encontrar alternativas que puedan aliviar estos problemas, a día de hoy sigue habiendo una gran confusión respecto a lo que son: problemas psicológicos o enfermedades mentales; y, en consecuencia, si su cronicidad se debe enteramente a factores biológicos, psicológicos o a la combinación de ambos. Hoy en día sigue sin haber una alternativa psicológica o farmacológica que aporte una solución, como ya se mencionó en los capítulos previos, asumiéndose de antemano una cronicidad que limita el diseño de intervenciones psicológicas para estos casos.

Por lo tanto, en última instancia este estudio pretende contribuir a la clarificación y comprensión de los procesos de cambio terapéutico que operan cuando se tratan este tipo de problemáticas, con el fin último de mejorar la actuación de los profesionales que desempeñan su labor clínica y social tratando de darles solución.

Los objetivos concretos a alcanzar en este nuevo contexto son exactamente los mismos planteados al iniciarse esta línea de investigación:

- Describir cómo se produce la intervención psicológica
- Formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y fracaso en terapia
- Explicar cómo sucede el cambio clínico

Por otro lado, este trabajo también pretende suponer un avance en esta línea de investigación a nivel metodológico. En concreto, pretende dar un paso más hacia la consolidación de una metodología observacional rigurosa que permita analizar el comportamiento verbal del terapeuta y el cliente en el contexto clínico. Ya son varios

los trabajos en esta línea que señalan la importancia de usar esta metodología en otro tipo de población, y este nuevo estudio proporciona un cambio no solo en las problemáticas tratadas, sino también en la perspectiva terapéutica y contexto en el que se dan las sesiones de terapia.

Tal y como hemos señalado al inicio de este apartado, y a la luz de los numerosos y ambiciosos objetivos que tiene esta línea de investigación, queremos resaltar de nuevo que el fin de esta tesis no es alcanzar todos estos objetivos, sino contribuir a nuestra línea de investigación y dar un paso más en esa dirección.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CONDUCTA VERBAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS DENOMINADAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS

1. INTRODUCCIÓN

Esta línea de investigación tiene como objetivo avanzar en la comprensión de los procesos que subyacen al cambio clínico, analizando, desde una perspectiva conductual, el comportamiento verbal de terapeuta y cliente en las sesiones de tratamiento.

El foco de atención en esta tesis doctoral se centra en el estudio de las intervenciones terapéuticas que, contando con un elevado apoyo empírico desde un modelo médico, comúnmente se usan para tratar las denominadas EMGD. Ello no implica la aceptación por nuestra parte de un sistema de categorización diagnóstica propio del modelo médico o de enfermedad. La intervención sobre este tipo de problemas desde un modelo de enfermedad se fundamenta, de manera implícita, en que los cambios que pueden ocurrir en estos pacientes son distintos de los que ocurren cuando se tratan problemas psicológicos sin la etiqueta de cronicidad y considerados menos severos, es decir, tanto el problema en sí como los cambios terapéuticos no pueden ser explicados de la misma forma en unos y en otros.

El estudio detallado de la interacción verbal entre terapeuta y usuario¹ busca avanzar en la comprensión de los mecanismos que subyacen al proceso terapéutico.

¹ Utilizaremos el término usuario para referirnos a la persona con un diagnóstico de algún tipo de EMGD que está recibiendo tratamiento en alguno de los dispositivos que han colaborado en esta investigación

Comprender estos procesos puede ayudar, por un lado, a explicar cómo estos mecanismos pueden jugar un rol en el mantenimiento o cambio de estos problemas, y por otro, a reconceptualizar los problemas en sí mismos, ya que posibilitarán el abandono de etiquetas reificadoras tan habituales en el modelo médico de la enfermedad mental.

La hipótesis general que se pretende contrastar a lo largo de los capítulos empíricos que se desarrollarán en este trabajo es que la manera de proceder de los terapeutas – posiblemente condicionada por la asunción de que trabajan sobre enfermedades crónicas, así como su inclinación hacia un modelo médico – reflejará una escasa directividad y el establecimiento de contingencias que pueden limitar el cambio terapéutico. Es decir, los propios terapeutas autolimitarán sus posibilidades de inducir cambios clínicos al partir del supuesto de que intervienen con enfermos crónicos y, por tanto, con una limitada posibilidad de “curación”. Para ello, se analizarán la conducta verbal de terapeuta y usuario en sesión, la interacción entre ambos, y se establecerán las secuencias conductuales que caracterizan las sesiones de tratamiento. Los resultados obtenidos se compararán con aquellos otros fruto de investigaciones similares pero llevadas a cabo con otro tipo de población clínica, aquella tratada desde un modelo psicológico que entiende estos problemas como problemas de conducta, evitando entonces que las etiquetas diagnósticas sean entendidas como enfermedades y condicionen la intervención.

El presente capítulo expone el primer paso en el estudio en esta línea de investigación de la conducta verbal en terapia para las llamadas EMGD. Para empezar, se desarrollará un instrumento de medida para estudiar la conducta verbal de terapeutas y usuarios sensible a las particulares de esta población. En trabajos previos ya se desarrolló un instrumento de medida que permite categorizar las verbalizaciones

emitidas tanto por el terapeuta como el cliente, con el objetivo de poder registrar y analizar la interacción que se da entre ellos en terapia. Este instrumento se ha denominado Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia (SISC-INTER-CVT), y posee unas garantías científicas, descritas en estudios previos (Ruiz, 2011), que avalan su utilización en este nuevo estudio.

Este instrumento permite detectar las diferentes hipotéticas funciones de la conducta verbal del terapeuta, y respecto a la conducta del cliente o usuario solo se registra una función: la función de respuesta. En este caso, detecta las diferentes morfologías de respuesta que puede dar el cliente en sesión.

No obstante, debido a ciertas particularidades de la población aquí estudiada, realizamos un estudio piloto con la finalidad de, en primer lugar, confirmar la aplicabilidad en términos generales del SISC-INTER-CVT, y en segundo lugar, identificar las áreas del sistema en las que fueran necesarios cambios que permitieran llevar a cabo un análisis más preciso de la nueva muestra.

En el estudio piloto se pudo constatar que el SISC-INTER-CVT sí podía ser aplicado al estudio de interacción terapéutica en este nuevo contexto. Sin embargo, también se encontraron diferencias entre ambos contextos respecto al proceder habitual, tanto en la labor clínica y social del personal como en las morfologías de las respuestas del cliente. Aunque estas diferencias en ningún caso suponen una contradicción con los fundamentos teóricos y conceptuales del sistema de observación y análisis, merece la pena resaltarlas.

Como era de esperar, las morfologías de respuesta de ambas poblaciones, la clásicamente estudiada por esta línea de investigación y la estudiada en el presente trabajo, pueden variar considerablemente. Aunque este instrumento tiene en consideración las diferentes conductas verbales que queremos analizar y cuenta con

suficientes garantías científicas, en su estado original no se aproximaba a nuestro objeto de estudio con la minuciosidad requerida para poder contestar a las diferentes preguntas que nos planteamos al empezarlo. Por este motivo, realizamos la depuración de dicho sistema con la finalidad de reflejar de manera más minuciosa y precisa la interacción terapéutica en este nuevo contexto.

Una vez depurado el instrumento de medida, llevamos a cabo un primer análisis del proceso terapéutico. Este análisis incluye la recolección, selección, visualización, codificación y registro de sesiones de terapia. Tras ello, continuamos con el cálculo de los primeros estadísticos descriptivos para analizar la conducta verbal de terapeutas y usuarios. Por último, tomando como referente los trabajos realizados en esta línea de investigación (ver Froján, Montaña, Calero y Ruiz, 2011; Ruiz, Froján y Galván, 2015), donde se pone de manifiesto cómo la conducta del terapeuta varía en función de actividades clínicamente relevantes (evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio), llevamos a cabo un análisis de conglomerados para conocer la distribución y agrupación de las diferentes variables consideradas.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Se utilizaron 66 sesiones de terapia de 23 casos diferentes, todos adultos y con diagnósticos de trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastorno bipolar y esquizofrenia. Además, algunos tenían un régimen ambulatorio y en otros hacían uso de alguna de las alternativas residenciales comunitarias ofrecidas. En el estudio participaron tanto psicólogos clínicos como terapeutas ocupacionales que desempeñan su labor en los centros asistenciales de la red pública de atención social a

personas con discapacidad derivada de enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los usuarios y los psicólogos para proceder a la grabación y posterior observación y análisis de las sesiones, habiendo sido aprobado este procedimiento por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Con el fin de garantizar al máximo el derecho a la confidencialidad de los usuarios, las cámaras desde las que se realizaron las grabaciones se dirigían directamente al terapeuta y en ningún caso quedaba registrada la cara del usuario.

Para el proceso de depuración del instrumento de medida se utilizaron 25 sesiones de la muestra. La muestra total se utilizó para los análisis posteriores. Las características de los participantes se resumen en la tabla IV.1.

Tabla IV.1 Características de la muestra estudiada

<i>Características del caso</i>	<i>Características del terapeuta</i>			<i>Características del usuario</i>		
	<i>Profesional</i>	<i>Experiencia y sexo</i>	<i>Tipo de intervención</i>	<i>Edad usuario</i>	<i>Sexo usuario</i>	<i>Etiqueta diagnóstica</i>
<i>Sesiones observadas (nº y duración)</i> 1 S25 (00h21'20'') S26 (00h21'49'')	A	6 años Varón	Psicólogo	43 años	Varón	Esquizofrenia
2 S15 (00h55'12'') S16 (00h51'43'') S17 (01h14'09'') S22 (00h40'06'') S23 (00h35'34'') S24 (00h40'32'')	A	6 años Varón	Psicólogo	46 años	Varón	Síndrome depresivo
2 S15 (00h55'12'') S16 (00h51'43'') S17	B	3 años Varón	Terapeuta Ocupacional	30 años	Varón	Síndrome depresivo

	(01h14'09'')						
	S22 (00h40'06'')						
	S23 (00h35'34'')						
	S24 (00h40'32'')						
3	S18 (00h47'00'')	B	3 años Varón	Terapeuta Ocupacional	37 años	Varón	Trastorno Bipolar
	S19 (00h37'31'')						
	S20 (00h43'11'')						
	S21 (00h46'06'')						
4	S52 (00h56'31'')	B	3 años Varón	Terapeuta Ocupacional	30 años	Varón	Esquizofrenia indiferenciada
	S53 (00h56'00'')						
	S54 (00h59'26'')						
	S55 (00h42'30'')						
	S56 (00h48'57'')						
	S57 (01h01'57'')						
	S58 (00h48'43'')						
5	S59 (00h34'29'')	B	3 años Varón	Terapeuta Ocupacional	31 años	Mujer	Trastorno Límite de la Personalidad y TCA
	S60 (00h28'24'')						
	S61 (00h42'06'')						
	S62 (00h41'30'')						
	S63 (00h12'13'')						
6	S65 (00h35'34'')	C	5 años Mujer	Psicóloga	27 años	Mujer	Trastorno de personalidad
7	S1 (00h32'46'')	C	5 años Mujer	Psicóloga	40 años	Mujer	Esquizofrenia paranoide
	S2 (00h28'25'')						
	S3 (00h26'50'')						
	S11 (00h29'38'')						
	S64 (00h18'03'')						
8	S42 (00h21'30'')	C	5 años Mujer	Psicóloga	28 años	Varón	Trastorno Bipolar
	S43 (00h20'57'')						
	S44 (00h18'14'')						
	S48 (00h37'43'')						
	S49						

	(00h40'08'')						
	S50						
	(00h13'58'')						
	S51						
	(00h25'12'')						
	S39						
	(00h27'55'')						
	S40						
	(00h20'35'')						
	S41						
9	(00h26'38'')	C	5 años Mujer	Psicóloga	42 años	Varón	Esquizofrenia paranoide
	S45						
	(00h34'05'')						
	S46						
	(00h25'13'')						
	S47						
	(00h34'06'')						
	S36						
10	(00h38'23'')	D	9 años Mujer	Psicóloga	38 años	Varón	Esquizofrenia residual
	S37						
	(00h42'33'')						
11	S35	D	9 años Mujer	Psicóloga	54 años	Varón	Esquizofrenia residual
	(00h17'17'')						
12	S4	D	9 años Mujer	Psicóloga	44 años	Mujer	Tras. mixto de personalidad + rendimiento intelectual límite
	(00h36'19'')						
	S5						
	(00h03'51'')						
	S6						
	(00h44'48'')						
16	S38	C	5 años Mujer	Psicóloga	ND	Varón	EMGD sin diagnóstico conocido
	(00h10'35'')						
17	S8	A	6 años Varón	Psicólogo	38 años	Mujer	Trastorno Bipolar
	(00h13'53'')						
	S27						
	(00h03'20'')						
	S28						
	(01h28'53'')						
18	S9	C	5 años Mujer	Psicóloga	40 años	Mujer	Trastorno Bipolar
	(00h24'03'')						
	S13						
	(00h19'09'')						
	S14						
	(00h21'43'')						
	S29						
	(00h35'08'')						
	S30						
	(00h29'42'')						
	S33						
	(00h35'44'')						
	S34						
	(00h32'25'')						
19	S31	D	9 años Mujer	Psicóloga	ND	Varón	EMGD sin diagnóstico conocido
	(00h30'49'')						
	S32						
	(00h25'42'')						
20	S66	E	ND Mujer	Psicóloga	ND	Mujer	EMGD sin diagnóstico conocido
	(00h32'04'')						
21	S7	C	5 años	Psicóloga	ND	Varón	EMGD sin

	(00h09'48'')		Mujer				diagnóstico conocido
22	S10 (00h37'08'')	C	5 años Mujer	Psicóloga	ND	Mujer	EMGD sin diagnóstico conocido
23	S12 (00h54'06'')	C	5 años Mujer	Psicóloga	ND	Varón	EMGD sin diagnóstico conocido

ND = No Disponible

2.2 Variables e instrumentos

Variables

Las variables de estudio fueron tanto la conducta verbal del psicólogo como la conducta verbal del usuario.

Para el proceso de depuración del instrumento de medida se tomaron como puntos de referencia las variables de la conducta verbal del terapeuta y el cliente contempladas en el SISC-INTER-CVT que se detallan en la tabla IV.2, cuyas categorías se basaron en las operaciones conductuales básicas propuestas por Pérez (1996). El foco de análisis se centró sobre aquellas peculiaridades de la conducta verbal de terapeutas y usuarios a las que no era sensible dicho instrumento.

Tabla IV.2 Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia (SISC-INTER-CVT)

1. Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT)	
Categorías	Definición breve
<i>Función discriminativa</i>	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o de castigo. (Categoría evento) Modificadores: - Sin indicar la dirección deseada de la respuesta - Indicando la dirección deseada de la respuesta - Discriminativo conversacional - Discriminativo fallido
<i>Función evocadora</i>	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar. (Categoría evento)
<i>Función de refuerzo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente. (Categoría evento) Modificadores: - Refuerzo conversacional - Refuerzo Bajo - Refuerzo Medio - Refuerzo Alto
<i>Función de castigo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente. (Categoría evento) Modificadores: - Castigo Bajo - Castigo Medio - Castigo Alto
<i>Función informativa</i>	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta. (Categoría estado)
<i>Función motivadora</i>	Verbalización del terapeuta que explicita las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico. (Categoría estado)
<i>Función instructora dentro de sesión</i>	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente dentro del contexto clínico. (Categoría estado)
<i>Función instructora fuera de sesión</i>	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer. (Categoría estado)
<i>Chatting</i>	Verbalizaciones de terapeuta que forman parte de bloques de charla intrascendente de terapia. (Categoría estado)
<i>Otras</i>	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. (Categoría evento)
2. Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente (SISC-CVC)	
Categorías	Definición breve
<i>Proporcionar información</i>	Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento. (Categoría evento)
<i>Solicitar información</i>	Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta. (Categoría evento)

<i>Mostrar aceptación</i>	Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta. (Categoría evento)
<i>Mostrar desacuerdo</i>	Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta. (Categoría evento)
<i>Emitir verbalizaciones de logro</i>	Verbalizaciones del cliente que señalan la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo. (Categoría evento)
<i>Emitir verbalizaciones de fracaso</i>	Verbalizaciones del cliente que señalan la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo. (Categoría evento)
<i>Emitir verbalizaciones de malestar</i>	Verbalizaciones del cliente que hacen referencia al padecimiento del mismo debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar. (Categoría evento)
<i>Emitir verbalizaciones de bienestar</i>	Verbalizaciones del cliente que hacen referencia a estado de satisfacción o felicidad del mismo o a la anticipación de este bienestar. (Categoría evento)
<i>Verbalización de reacciones emocionales</i>	Emisión por parte del cliente de una respuesta emocional acompañada de la verbalización que se de en ese momento haga referencia o no a dicha reacción emocional. (Categoría evento)
<i>Seguir instrucciones</i>	<p>Conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas por el terapeuta. (Categoría evento)</p> <p>Modificadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dentro de sesión:</i> Cuando la verbalización se refiere a una instrucción que ha sido presentada inmediatamente antes por el terapeuta. - <i>Fuera de sesión:</i> Cuando la verbalización se refiere a una instrucción o pauta presentada con anterioridad a la última verbalización del terapeuta. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión:</i> Cuando la verbalización se refiere a algún tema relacionado con la predicción de la consecución de la tarea. - <i>Descripción de pautas realizadas en el pasado</i> (pero una vez iniciada la terapia y pautadas por el terapeuta) (revisar todas estas definiciones)
<i>No seguir instrucciones</i>	<p>Conducta verbal del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta. (Categoría evento)</p> <p>Modificadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dentro de sesión:</i> Cuando la verbalización se refiere a una instrucción que ha sido presentada inmediatamente antes por el terapeuta. - <i>Fuera de sesión:</i> Cuando la verbalización se refiere a una instrucción o pauta presentada con anterioridad a la última verbalización del terapeuta.
<i>Otras</i>	Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. (Categoría evento)

Nota: Para una revisión detallada ver (Ruiz, 2011).

Tras la creación del nuevo instrumento de medida, se utilizaron las diferentes categorías incluidas en él y que recogen la conducta verbal de terapeutas y usuarios como variables cuantitativas a analizar en los siguientes estudios.

Instrumentos

La grabación de las sesiones se hizo a través de cámaras incorporadas en los ordenadores de los terapeutas. Estos ordenadores, que grababan únicamente a los terapeutas y no a los usuarios, estaban siempre presentes en las sesiones de terapia, con lo cual no suponían un elemento nuevo para los últimos.

Para la elaboración del sistema de identificación de categorías registradas, cuyo proceso será descrito en detalle en el apartado de procedimiento, se usó el anteriormente nombrado El SISC-INTER-CVT. El instrumento de medida resultante tras el proceso de depuración fue empleado para identificar las categorías registradas.

Para la observación, codificación y registro de las sesiones clínicas estudiadas se utilizó el software The Observer XT versión 11.0 (Noldus ®). Este software también fue utilizado para el análisis de los porcentajes de acuerdo y para la estimación de la fiabilidad inter- e intra-observador.

Para el análisis de los datos registrados se utilizó el paquete estadístico *IBM SPSS Statistics* versión 24.0, así como el Excel del paquete Office 2016 para el traspaso de los datos entre el software *The Observer XT* y el *IBM SPSS Statistics*.

2.3 Procedimiento

A continuación se presenta un resumen general de las diferentes fases de las que constó el proceso de depuración del sistema de categorías.

Primera fase: Exploración

Esta fase se llevó a cabo con el objetivo de determinar qué aspectos del SISC-INTER-CVT resultaban adecuados para estudiar la interacción en terapia en este nuevo contexto, y a qué conductas verbales tanto del terapeuta como del usuario no era

sensible dicho sistema. Para empezar, se consultó bibliografía especializada con el propósito de caracterizar exhaustivamente aquéllas morfologías de respuesta propias de las denominadas EMGD y que representaban una gran diferencia con la muestra a partir de la que se había elaborado el SISC-INTER-CVT.

A continuación, se procedió a la observación no sistemática por parte de tres psicólogos pertenecientes al grupo de investigación (a partir de ahora, observadores 1, 2 y 3) todos ellos con más de dos años de experiencia en investigación y el observador 1, además, con experiencia en práctica clínica. La observación se realizó sobre cinco sesiones completas pertenecientes a cinco casos diferentes, de aproximadamente una hora de duración cada una y elegidas al azar.

Tras esta observación se decidió incorporar algún aspecto no vocal que resultase relevante para la comprensión de la respuesta del usuario. Asimismo, se realizaron las primeras propuestas de nuevas categorías que pudieran describir de manera más precisa el proceso terapéutico. Se añadieron desde este momento dos categorías fundamentales: *lenguaje desorganizado* y *delirios y alucinaciones*, para poder detectar en sesión la presencia de la llamada sintomatología positiva.

Segunda fase: Depuración

Partiendo de esta primera propuesta se inició un registro sistemático de quince sesiones que presentaban las mismas características que las cinco pertenecientes a la fase de exploración. Al finalizar cada nuevo registro, se realizaron reuniones para discutir dudas y generar nuevos acuerdos que incrementaran la precisión del registro de lo ocurrido a lo largo del proceso terapéutico.

A lo largo de la fase de depuración, se calculó el porcentaje de acuerdos entre pares de observadores de cada sesión registrada. El repaso exhaustivo de cada uno de

los desacuerdos permitió el planteamiento de dudas, tanto teóricas como prácticas, y nuevas propuestas que evitasen desacuerdos futuros.

Tras el registro sistemático por parte de los tres observadores de las veinte sesiones observadas, y tras reuniones semanales con el equipo de investigación para seguir debatiendo dudas y propuestas, se llegó a un sistema de categorización que permite recoger de manera detallada la conducta verbal de terapeuta y usuario atendiendo a las peculiaridades antes comentadas y que se detallará más adelante en este capítulo.

Tercera fase: Consolidación

El análisis de concordancia entre observadores mediante porcentaje de acuerdos constituyó un primer análisis “cualitativo” del instrumento de medida, permitiendo la detección de desacuerdos para analizarlos y solventarlos. No obstante, este índice no corrige el posible efecto del azar en los resultados obtenidos. Por ello, para dar por finalizada esta fase se utilizó el coeficiente Kappa de Cohen (Cohen, 1960), ya que este aporta una corrección de los posibles acuerdos debidos al azar.

Atendiendo a bibliografía en la que se discute qué valores de Kappa pueden ser considerados los propios de grados aceptables de concordancia entre observadores (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997), consideramos pobres aquellos inferiores a 0,40, razonables aquellos entre 0,40 y 0,60, buenos a los situados entre 0,60 y 0,75 y excelentes a los superiores a 0,75 (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977).

De este modo, una vez alcanzado un índice de Kappa entre los observadores considerado bueno o excelente según Bakeman (2000) en cinco sesiones, se dio por finalizado el proceso de depuración.

Una vez finalizado el proceso de depuración que dio como resultado el SC-CVT-EMGD empleado a partir de entonces, el observador 1 observó nuevamente las 25 sesiones de terapia utilizadas en el proceso de depuración y el resto de la muestra, hasta completar 66 sesiones de terapia, tras descartar aquellas donde la calidad del sonido o la vocalización del usuario dificultaban su comprensión.

A continuación, dicho observador procedió a la codificación y registro de todas las grabaciones. Con el objetivo de medir la fiabilidad intra- e inter-observadores que asegurase la coherencia del registro y utilidad del instrumento, el observador 2 registró un diez por ciento, elegido al azar, de las sesiones registradas por el observador 1. Además, el observador 1 registró dos veces ese diez por ciento de sesiones para garantizar la fiabilidad intra-observadores. Este segundo registro con el objetivo de garantizar la fiabilidad se hizo de forma intermitente dejando transcurrir el registro del siguiente diez por ciento de sesiones antes de volver a registrar la sesión correspondiente.

Tanto la fiabilidad inter- como intra-observadores fue calculada a través de *The Observer XT 11.0* que permite el cálculo del porcentaje de acuerdo entre registros, y el índice de Kappa de Cohen. Ambos fueron calculados considerando una ventana de tolerancia de 2 segundos.

Haciendo uno del SC-CVT-EMGD y *The Observer XT 11.0*, una vez registrada toda la muestra consistente en 20.032 registros que recogen tanto la conducta verbal del terapeuta como del usuario durante las 66 sesiones de terapia elegidas, los datos fueron exportados al *SPSS 24.0* para realizar las operaciones pertinentes con el fin de llevar a cabo los análisis estadísticos.

3. RESULTADOS

En este apartado se abordará, en primer lugar, el análisis del instrumento de medida desarrollado, informando de los cambios realizados respecto al instrumento previamente desarrollado en esta línea de investigación. En segundo lugar, se presentarán los resultados tras calcular los estadísticos descriptivos tanto para las variables referidas a la conducta verbal del terapeuta como las referidas a la conducta verbal del usuario. En tercer lugar, se presentará la organización de las sesiones de terapia analizadas, agrupadas en varios grupos en función de las similitudes entre ellas en lo que a la conducta verbal del terapeuta se refiere.

3.1 Sistema de categorización de la conducta verbal de terapeuta y usuario

A continuación, en la tabla IV.3, se presenta el SC-CVT-EMGD creado tras el proceso de depuración del SISC-INTER-CVT, incluyendo los dos subsistemas que lo conforman, la descripción general de cada una de las categorías incluidas en ellos, y la lista de modificadores que contienen algunas de estas categorías. La lista completa de categorías, junto con ejemplos relevantes, se puede encontrar en el Anexo A.

Un cambio de este instrumento que cabe destacar es el empleo del término usuario y no cliente a la persona que asiste a las sesiones de terapia. Este cambio se debe a que las personas que acuden a terapia en la población aquí estudiada, están haciendo uso de unos servicios sociales de ayuda (que incluyen sesiones de terapia psicológica y ocupacional), una vez derivados por un médico tras haber sido diagnosticados de lo que se conoce como una enfermedad mental grave y duradera.

Tabla IV.3 Sistema de Categorización de la Conducta Verbal en Terapia de Enfermedades Mentales Graves y Duraderas (SC-CVT-EMGD)

1. Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT)	
Categoría	Descripción breve
<i>Función discriminativa</i>	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del usuario (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o castigo Modificadores: - Sin indicar la dirección deseada de la respuesta - Indicando la dirección deseada de la respuesta - Discriminativa conversacional
<i>Discriminativo fallido</i>	Verbalización del terapeuta seguida de verbalizaciones por parte del usuario que rompen con el hilo del discurso del primero y lo redirigen hacia otro tema
<i>Función de refuerzo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el usuario Modificadores: - Refuerzo bajo - Refuerzo medio - Refuerzo alto
<i>Función de castigo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el usuario y/o que interrumpe esta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación Modificadores: - Castigo bajo - Castigo medio - Castigo alto
<i>Función informativa</i>	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta
<i>Función instructora</i>	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del usuario fuera o dentro del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer Modificadores: - Instructora dentro de sesión - Instructora fuera de sesión - Instructora laxa dentro de sesión - Instructora laxa fuera de sesión
<i>Función motivadora</i>	Verbalizaciones del terapeuta que explicitan las consecuencias que la conducta del usuario (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico
<i>Otras terapeuta</i>	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores
2. Subsistema de categorización de la conducta verbal del usuario (SISC-CVU)	
Categoría	Descripción breve

<i>Proporcionar información</i>	Verbalización a través de la cual el usuario trata de proporcionar al terapeuta información neutral con relación a la evaluación y/o el tratamiento
<i>Solicitar información</i>	Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del usuario hacia el terapeuta
<i>Seguimiento de instrucciones</i>	Conducta verbal del usuario que implica la descripción o anticipación total o parcial de un seguimiento fuera de la sesión o el seguimiento total o parcial dentro de la sesión Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de instrucciones <i>dentro de sesión</i> - <i>Descripción</i> del seguimiento <i>total</i> de instrucciones <i>fuera</i> de sesión - <i>Descripción</i> del seguimiento <i>parcial</i> de instrucciones <i>fuera</i> de sesión - <i>Anticipación</i> del seguimiento <i>total</i> de instrucciones <i>fuera</i> de sesión - <i>Anticipación</i> del seguimiento <i>parcial</i> de instrucciones <i>fuera</i> de sesión
<i>No seguimiento de instrucciones</i>	Conducta verbal del usuario que implica la descripción o anticipación total o parcial de un no seguimiento fuera de sesión o el no seguimiento total o parcial dentro de sesión Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - <i>No seguimiento</i> de instrucciones <i>dentro</i> de sesión - <i>Descripción</i> del no seguimiento de instrucciones <i>fuera</i> de sesión - <i>Anticipación</i> del no seguimiento de instrucciones <i>fuera</i> de sesión
<i>Verbalizaciones proterapéuticas</i>	Conductas verbales del usuario que facilitan la interacción con el terapeuta y muestran una aproximación a la consecución de los objetivos terapéuticos
<i>Verbalizaciones antiterapéuticas</i>	Conductas verbales del usuario que dificultan la interacción con el terapeuta y muestran un distanciamiento, rechazo u oposición a la consecución de los objetivos terapéuticos
<i>Delirios y alucinaciones</i>	Verbalizaciones en las que el usuario manifiesta una falta de contacto con la realidad, de modo que resultan inverosímiles o extravagantes para el observador
<i>Lenguaje desorganizado</i>	Verbalizaciones inadecuadas conversacionalmente o poco ajustadas al contexto terapéutico, por no estar relacionadas con el desarrollo de la terapia o por no haber sido discriminadas por las verbalizaciones previas del terapeuta
<i>Otras usuario</i>	Cualquier verbalización del usuario que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores

A modo de resumen, el desarrollo de este instrumento de medida a partir del creado previamente por este equipo de investigación nos ha permitido constatar ciertas diferencias para conducta verbal de terapeutas y clientes/usuarios entre las sesiones dedicadas al tratamiento de EMGD y el de problemas considerados menos severos.

Recogiendo lo más relevante, se ha constatado que, en las terapias objeto del presente estudio, en ocasiones el psicólogo expresa de manera diferente las instrucciones, haciéndolo de una manera más similar a las recomendaciones, pero refiriéndose a las pautas concretas de conducta. Por su parte, el usuario emite diferentes tipos de verbalizaciones que se engloban dentro de lo comúnmente conocido como sintomatología positiva, y que las morfologías de respuesta englobadas dentro de verbalizaciones proterapéuticas o antiterapéuticas poco tienen que ver con las observadas en estudios previos, ya que se encuentran condicionadas a las particularidades del servicio ofrecido.

A continuación detallaremos los cambios realizados en la depuración, atendiendo a los dos subsistemas existentes: Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT) y Subsistema de categorización de la conducta verbal del usuario (SISC-CVU). El primero cuenta con 7 categorías, y el segundo con 9 categorías. En el caso del terapeuta se diferenció entre categorías evento y categorías estado, las primeras permiten el cálculo de su frecuencia, y las segundas, tanto de su frecuencia como de su duración. En el caso del usuario todas las categorías son evento. Nuevamente, las categorías del terapeuta hacen referencia a las posibles funciones que puede tener la conducta verbal del terapeuta sobre la conducta verbal del cliente o usuario, y las del usuario a todas aquellas morfologías de respuesta que se pueden dar en la sesiones de terapia. Cabe destacar que, aunque estudios previos han hecho avances en esta dirección (Ruiz, 2011), únicamente podremos comprobar si determinadas funciones del comportamiento del terapeuta ocurren realmente cuando se demuestre su efecto en la conducta del cliente o usuario, por ese motivo actualmente hablamos de funciones hipotéticas.

Cambios en el SISC-CVT

El cambio más importante ha sido añadir un nuevo modificador en la categoría de *función instructora*. Se incluye la *función instructora laxa* para hacer referencia a aquellas verbalizaciones por parte del terapeuta que sugieren lo que se debería hacer pero no dan pautas específicas. Este tipo de verbalizaciones es más frecuente en este nuevo contexto. También se decide eliminar el modificador *discriminativo fallido*, e incorporarlo en sistema de categorización como una categoría más, siendo esta una versión depurada del anterior. Se decide hacer este cambio ya que esta categoría informa de aquellas verbalizaciones por parte del terapeuta que no son contestadas por el usuario, por lo tanto no está cumpliendo la función que hipotéticamente pretende tener, que es la de discriminar una respuesta determinada. Por ese motivo, incorporarla dentro de la categoría función discriminativa puede contaminar los datos. También se decide eliminar la categoría *función evocadora*, que procura registrar procesos de condicionamiento clásico. Esta decisión no solo viene justificada por la explicación teórica de la relación terapéutica como fruto de procesos de condicionamiento operante (en línea con lo expuestos por Hamilton, 1988 o Rosenfarb, 1992) sino también porque, aunque resulte interesante evaluar los procesos pavlovianos en sesión, nuestra metodología, especialmente en lo referente al sistema de grabación, no cuenta con la sensibilidad necesaria para detectar estos fenómenos.

Por último, los modificadores *refuerzo bajo* y *castigo bajo* se han hecho más sensibles a posibles verbalizaciones que puedan cumplir esta función.

Cambios en el SISC-CVU

Pese a que sí era posible registrar sesiones con el SISC-CVC creado previamente (cambiando su nomenclatura por SISC-CVU), se decidió modificar considerablemente

el sistema previo, para generar un nuevo instrumento sensible a las conductas del usuario que se pretenden estudiar. Dadas las diferencias entre la población aquí estudiada y las estudiadas en investigaciones previas, no solo en lo referido a problemas psicológicos sino también en el contexto de estas sesiones de terapia, valía la pena desarrollar un sistema que fuese sensible a ellas.

Como ya se dijo, el sistema de categorías que recoge la conducta verbal del cliente o del usuario registra solamente una función, la *función de respuesta*, y las categorías incluyen las diferentes morfologías que se pueden dar de esta función en las sesiones de terapia.

Las verbalizaciones *proterapéuticas* y *antiterapéuticas* surgen como alternativa a las antiguas categorías *malestar*, *bienestar*, *logro*, *fracaso*, *aceptación* y *desacuerdo*. Se toma esta decisión por dos principales motivos. En primer lugar, porque se observan pocas verbalizaciones que puedan categorizarse atendiendo a las distinciones originales. Hipotetizamos que esto puede verse facilitado por la presencia de conductas que se engloban dentro de la denominada sintomatología negativa, la medicación o la dinámica de las terapias. Por ello decidimos agruparlas y generar nuevos acuerdos que permitan detectar de manera más exhaustiva cada verbalización que vaya a favor o en contra de la consecución de los objetivos terapéuticos. En segundo lugar, porque consideramos que vale la pena destacar ciertas conductas que no se encuentran en otros contextos y no se tenían en cuenta en el sistema previo, como pueden ser su satisfacción o bienestar respecto a acudir al centro, acatar sus normas o mantener un trato cordial y adaptativo con sus compañeros y con el personal que allí realiza su labor profesional.

Las categorías *lenguaje desorganizado* y *delirios y alucinaciones* nos permiten detectar los momentos de expresión de la denominada sintomatología positiva o de

emisión de verbalizaciones que poco tienen que ver con lo que está trabajando el psicólogo en ese momento o con el contexto terapéutico.

En cuanto a los resultados del análisis de concordancia tras la depuración del sistema de categorías, las siguientes tablas recogen los porcentajes de acuerdo y coeficientes Kappa de Cohen intra- e inter-observadores que confirman los nuevos acuerdos. Se observa que, atendiendo a la clasificación propuesta por Bakeman (2000), los resultados alcanzan en su mayoría valores considerados excelentes (superiores a 0,75) y en ningún caso son inferiores a los considerados buenos (entre 0,60 y 0,75).

Tabla IV.4 Estudio de las fiabilidades inter- e intra-observador para el SISC-CVT durante el proceso registro de la muestra de la conducta verbal del terapeuta

Sesión de Terapia	Fiabilidad Inter-Observador		Fiabilidad Intra-Observador	
	Porcentaje de Acuerdo	Kappa de Cohen	Porcentaje de Acuerdo	Kappa de Cohen
1	90,38%	0,89	90,79%	0,89
2	86,88%	0,83	90,05%	0,87
3	86,34%	0,84	91,52%	0,90
4	83,70%	0,81	87,83%	0,86
5	90,23%	0,89	93,23%	0,92
6	86,64%	0,84	93,77%	0,92
7	83,56%	0,81	89,65%	0,88

Nivel de significación de las comparaciones $p > 0,001$

Tabla IV.5 Estudio de las fiabilidades inter- e intra-observador para el SISC-CVU durante el proceso registro de la muestra de la conducta verbal del usuario

Sesión de Terapia	Fiabilidad Inter-Observador		Fiabilidad Intra-Observador	
	Porcentaje de Acuerdo	Kappa de Cohen	Porcentaje de Acuerdo	Kappa de Cohen
1	76,50%	0,71	77,92%	0,72
2	81,33%	0,74	84,94%	0,79
3	80,82%	0,76	91,67%	0,90
4	82,35%	0,78	85,83%	0,83
5	80,00%	0,76	88,17%	0,86
6	86,17%	0,78	86,17%	0,78
7	79,00%	0,70	87,50%	0,82

Nivel de significación de las comparaciones $p > 0,001$

3.2 Estadísticos descriptivos

Tras la observación de 37 horas, 31 minutos, 52 segundos de terapia, la muestra resultante contiene 10.823 registros de la conducta verbal del terapeuta, y 9.209 de la conducta verbal del usuario. Los estadísticos descriptivos de las variables referidas a la categorización de la conducta verbal de los terapeutas y de los usuarios en terapia aparecen recogidos en las tablas comprendidas desde la IV.6 hasta la IV.8.

Tabla IV.6 Estadísticos descriptivos de las diferentes variables de la conducta verbal del terapeuta

Categoría	Modificador	N	Media	Desviación estándar
Discriminativa		66	38,12	12,55
	<i>General</i>	66	30,27	8,02
	<i>Indicando</i>	66	4,04	5,80
	<i>Conversacional</i>	66	3,80	6,95
Discriminativo Fallido		66	2,90	2,95
Refuerzo		66	23,95	7,33
	<i>Bajo</i>	66	19,97	9,47
	<i>Medio</i>	66	3,01	7,90
	<i>Alto</i>	66	0,97	7,55
Castigo		66	0,97	1,20
	<i>Bajo</i>	66	0,84	46,93
	<i>Medio</i>	66	0,12	19,77
	<i>Alto</i>	66	0,01	19,77
Informativa		66	25,63	8,71
Instructora		66	5,61	4,59
	<i>Dentro</i>	66	1,46	31,05
	<i>Laxa dentro</i>	66	0,79	24,04
	<i>Fuera</i>	66	0,97	25,68
	<i>Laxa fuera</i>	66	2,38	36,52
Motivadora		66	2,37	2,67
Otras Terapeuta		66	0,45	0,74

Tabla IV.7 Estadísticos descriptivos para cada una de las categorías estado incluidas en SISC-CVT

Categoría	Modificador	N	Media	Desviación estándar
Informativa		66	29,01	13,20
Instructora		66	4,06	4,10
	<i>Dentro</i>	66	0,85	1,53
	<i>Laxa dentro</i>	66	0,27	0,52
	<i>Fuera</i>	66	0,63	1,35
	<i>Laxa fuera</i>	66	2,32	3,38
Motivadora		66	2,58	3,56

Tabla IV.8 Estadísticos descriptivos de las diferentes variables de la conducta verbal del usuario

Categoría	Modificador	N	Media	Desviación estándar
Proporcionar información		66	41,54	16,94
Verbalizaciones proterapéuticas		66	22,19	12,56
Verbalizaciones antiterapéuticas		66	15,45	12,40
Seguimiento dentro de sesión		66	4,38	7,02
	<i>Total</i>	66	4,24	49,27
	<i>Parcial</i>	66	0,15	7,88
Seguimiento fuera de sesión		66	0,65	1,05
	<i>Anticipación total</i>	66	0,45	41,96
	<i>Anticipación parcial</i>	66	0,11	23,00
	<i>Descripción total</i>	66	0,03	10,30
	<i>Descripción parcial</i>	66	0,06	15,66
No seguimiento dentro de sesión		66	0,22	0,91
No seguimiento fuera de sesión		66	0,18	0,55
Solicitar información		66	5,58	5,87
Lenguaje desorganizado		66	8,84	7,92
Delirios y alucinaciones		66	0,57	1,65
Otras usuario		66	0,39	0,88

Como puede apreciarse, respecto a las variables que recogen la conducta verbal del terapeuta, las categorías que se dan con más frecuencia son la *función discriminativa*, *función de refuerzo* y *función informativa*, siendo superior la primera a la segunda. En cuanto a sus modificadores, encontramos que la *función discriminativa sin indicar* la dirección de la respuesta y la *función de refuerzo bajo* aparecen con un mayor porcentaje de ocurrencia. En cuanto a las categorías que aparecen con un porcentaje menor, las variables *función de castigo* y *otras* son las que presentan unos valores más bajos. Respecto a los modificadores del castigo, encontramos que *funciones de castigo medio* y *alto* presentan porcentajes de ocurrencia marcadamente más bajos que *función de castigo bajo*. Dentro de la categoría *función instructora*, resalta el elevado porcentaje de ocurrencia del modificador *instrucción laxa fuera de sesión*.

Por otro lado, respecto a las variables que recogen la conducta verbal del usuario, las categorías que se dan con más frecuencia son *proporcionar información*,

verbalización proterapéutica, verbalización antiterapéutica y lenguaje desorganizado.

Y las categorías que presentan un menor porcentaje de ocurrencia son *seguimiento de instrucciones fuera de sesión, no seguimiento de instrucciones tanto dentro como fuera de sesión, delirios y alucinaciones, y otras.*

3.3 Análisis de conglomerados

Las sesiones de terapia de la muestra fueron organizadas en tres grupos mediante un análisis de conglomerados jerárquico utilizando como método de conglomeración el método de Ward y como medida de similaridad la distancia euclídea al cuadrado. Para la realización de dicha agrupación se tomó la decisión de incluir todas las variables de estudio referidas a las categorías estado y las categorías evento con sus modificadores en el caso de que los presentaran, excepto para la *función de castigo* teniendo en cuenta los bajos porcentajes que mostraba. En este caso consideramos que la inclusión de los modificadores de esta variable podía suponer una pérdida de información más que una ganancia en el análisis más detallado de lo que sucede en sesión, ya que el peso clínico que desde nuestro punto de vista presenta dicha variable, podía verse enmascarado con la división de sus datos entre los diferentes modificadores.

Las características de cada uno de los grupos formados en las variables incluidas en el análisis aparecen detalladas en la tabla IV.9.

Tabla IV.9 Estadísticos descriptivos para cada conglomerado

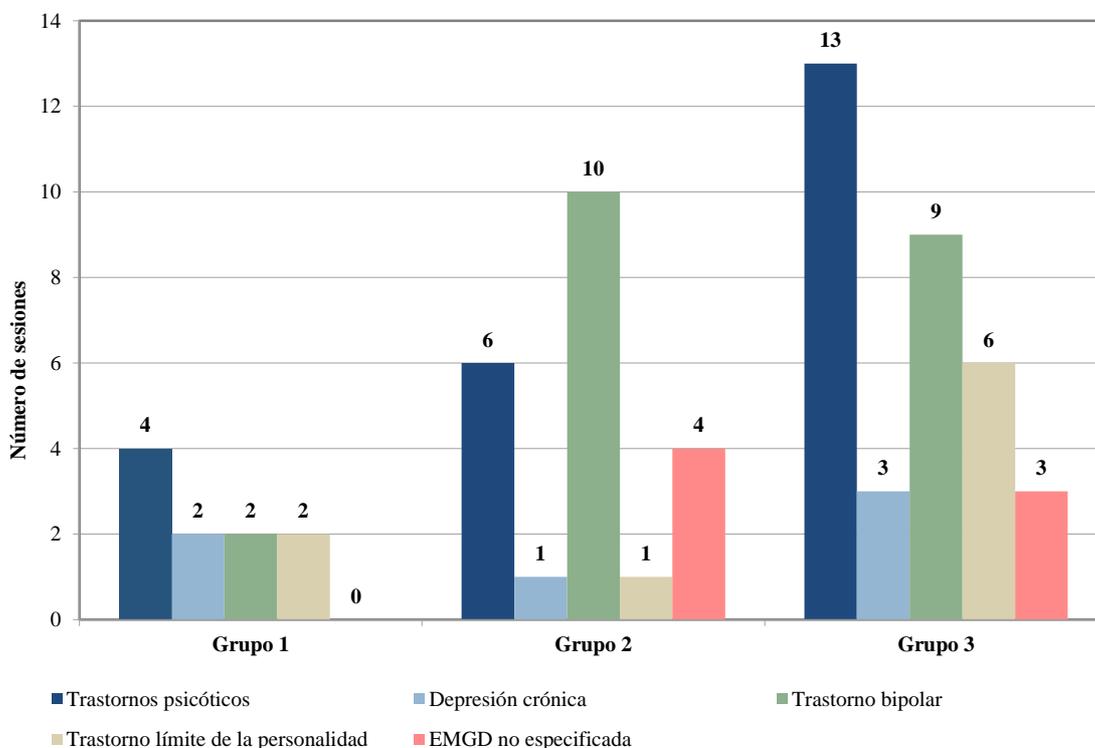
<i>Categoría</i>	<i>Grupo 1 (n=10)</i>		<i>Grupo 2 (n=22)</i>		<i>Grupo 3 (n=34)</i>	
	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>
Discriminativa general	49,09	6,26	22,70	6,30	30,06	7,12
Discriminativa indicando	8,19	4,65	2,63	1,46	3,89	2,08
Discriminativa conversacional	2,41	2,23	4,19	2,78	3,35	1,92
Refuerzo bajo	15,53	5,45	19,48	4,30	21,49	7,16
Refuerzo medio	1,59	0,92	3,08	2,30	3,30	2,11
Refuerzo alto	0,31	0,64	1,78	3,44	0,83	0,95
Castigo	0,64	0,89	1,42	1,47	0,77	1,01
Inst. dentro de sesión	0,80	2,23	0,74	1,64	0,93	1,22
Inst. laxa dentro de sesión	0,04	0,10	0,05	0,17	0,47	0,66
Inst. fuera de sesión	0,00	0,00	1,10	1,83	0,51	1,10
Inst. laxa fuera de sesión	0,70	0,94	3,79	4,24	1,85	2,89
Informativa	12,14	4,60	42,44	11,18	25,27	6,08
Motivadora	1,06	1,56	4,39	4,90	1,86	2,37
Otras	0,38	0,51	0,57	1,00	0,40	0,60
Discriminativo fallido	4,07	3,26	2,02	2,18	3,13	3,19

El primero de ellos, que incluye el 15,2 % del total de la muestra, se caracteriza por un elevado porcentaje de ocurrencia de las categorías *función discriminativa general* y *función de refuerzo bajo*. El segundo de ellos cuenta con el mayor porcentaje de ocurrencia de la categoría *función informativa*, así como un elevado porcentaje de *función de refuerzo bajo*, y, aunque en mucha menor medida, muestra los mayores porcentajes de ocurrencia de las categorías *función discriminativa conversacional*, *función instructora formal fuera de sesión* y *función instructora laxa fuera de sesión*. El último grupo se caracteriza nuevamente por tener elevados porcentajes de ocurrencia de

las categorías *función discriminativa general* y *función de refuerzo bajo*, tal y como ocurre en el primer grupo, pero en este caso también se observa un mayor número de verbalizaciones categorizadas como *función de refuerzo medio* así como las categorías *función instructora formal dentro de sesión* y *función instructora laxa dentro de sesión*.

A continuación, la gráfica IV.1 muestra cómo estas agrupaciones no responden a la problemática tratada, el terapeuta analizado, y/o el caso considerado.

Figura IV.1 Distribución de las sesiones registradas en cada uno de los conglomerados



4. DISCUSIÓN

El instrumento de medida desarrollado anteriormente en esta línea de investigación cumplía con garantías científicas apropiadas, es decir, unos niveles de fiabilidad y validez elevados. Nuestro objetivo en este estudio ha sido depurarlo tras constatar que, aunque permitía registrar la conducta verbal del terapeuta y el usuario, no

era sensible en todo momento a las peculiaridades de esta nueva población. En la muestra observada ciertas verbalizaciones del terapeuta y una gran cantidad de verbalizaciones emitidas por los usuarios no se ven reflejadas en el sistema previo. Ser capaces de reflejar estas peculiaridades es importante, pero teniendo en cuenta el gran cambio que supone el estudio de esta nueva población, es relevante volver a analizar si este grado de precisión y sus garantías científicas se mantienen.

La fiabilidad es un aspecto fundamental cuando se habla de metodología observacional, y supone que se obtenga la misma información independientemente del observador o del momento en el que se recoja la información. El estudio piloto anteriormente descrito demostró que el SISC-INTER-CVT sí alcanzaba unos valores del coeficiente Kappa de Cohen considerados buenos o excelentes según Bakeman et al. (2007). Además, tras la depuración de este sistema y creación del SC-CVT-EMGD, esta fiabilidad se siguió manteniendo. Esto era lo esperable dadas las similitudes entre ambos sistemas de categorización.

En lo que a la validez se refiere, vale la pena detenerse un poco más. En primer lugar, la validez de constructo, que estudia si las unidades de conducta definidas reflejan adecuadamente los constructos o variables no observables directamente, como ya se dijo en estudios previos, no se cuestiona en estos casos, donde las unidades definidas son inherentemente válidas ya que lo que se estudia es la conducta observable, como lo es la conducta verbal.

En segundo lugar, la validez de contenido, es decir, si nos preguntamos si la selección de conductas incluidas en este sistema es una muestra representativa del fenómeno que queremos observar, lo ideal sería poder comparar cada uno de los subsistemas con otros instrumentos similares que se hayan aplicado con éxito. Esta opción por ahora se descarta dada la escasez de alternativas, pero otra opción sería

realizar estudios con muestras más amplias para averiguar si estas categorías son exhaustivas respecto a las conductas del terapeuta y usuario que se pretenden analizar. Este estudio ha permitido ampliar no solo el número sino las características de la población analizada. Tras la depuración del instrumento de medida y creación del SC-CVT-EMGD, se puede constatar que el SISC-CVT sí es suficientemente exhaustivo en cuanto a las categorías que contempla, habiendo sido necesario añadir únicamente un modificador en una de las categorías que permite una mayor sensibilidad a las variaciones que se dan dentro de ella. Sin embargo, el SISC-CVC (ahora llamado SISC-CVU) no ha resultado suficientemente válido al no contemplar las peculiaridades que tienen las morfologías de respuesta de estas personas, que varían no solo debido a sus problemáticas sino también al contexto en el que se dan las sesiones de terapia.

Por último, la validez orientada al criterio, que evalúa en qué medida se detectan las variaciones del fenómeno que se está estudiando, se sostuvo en estudios previos donde el tipo de población estudiada siempre fue el mismo. Sin embargo, al estudiar esta nueva población resultó imprescindible hacer ciertos cambios que permitieran detectar aspectos de la conducta verbal de terapeutas y usuarios, a los que el instrumento previo no era sensible.

Estos resultados muestran una vez más las garantías científicas que poseía el que el SISC-INTER-CVT, y cómo se han mejorado al crear una versión depurada denominada SC-CVT-EMGD que permite detectar las peculiaridades de esta nueva población objeto de estudio.

Por lo que respecta a los estadísticos descriptivos, los primeros análisis realizados tras la creación del instrumento ofrecen una visión general de nuestro objeto de estudio, la interacción verbal en terapia a personas con etiquetas de EMGD, y, de

acuerdo con nuestro marco teórico, permiten el planteamiento de hipótesis sobre la manera en la que se relacionan la conducta del verbal del terapeuta y la del usuario.

A este respecto, los datos que resultan más llamativos son, en primer lugar, el porcentaje de ocurrencia de las dos categorías de *función instructora fuera de sesión*: la formal y la laxa. Las *funciones instructoras laxas fuera de sesión* son más frecuentes que las *funciones instructoras* propiamente dichas. Una *función instructora laxa* se acerca más a un consejo o recomendación que a una pauta clara de acción asociada a un objetivo concreto. Las verbalizaciones *instructoras laxas* no solo lo son por la falta de directividad del terapeuta sino también por la falta de asociación a objetivos específicos relacionados con la solución de estos problemas psicológicos. Cabe preguntarse, a partir de aquí, qué tipo de respuesta por parte del usuario obtiene el terapeuta tras emitir estos dos tipos de verbalizaciones.

En segundo lugar, la muy limitada presencia de la *función castigo*, no observándose en ningún caso los modificadores *medio* o *alto* tal vez puedan verse facilitados por el temor a respuestas extremas o la condescendencia con la enfermedad crónica, o por los prejuicios hacia su uso desde otras escuelas psicológicas.

En tercer lugar, destacamos el elevado porcentaje de ocurrencia de la categoría discriminativo fallido del terapeuta y el todavía más elevado de categoría *lenguaje desorganizado* del usuario. Esto puede indicar que es el usuario “toma las riendas” de la sesión en muchas ocasiones. El usuario emite *lenguaje desorganizado* y el terapeuta sigue su discurso con refuerzos bajos en lugar de tomar el control y redirigir la sesión. En este caso, cabría preguntarse qué hace un terapeuta tras una verbalización categorizada como *lenguaje desorganizado*.

Otro resultado interesante es el elevado porcentaje de la *función verbalizaciones antiterapéuticas*. Esta categoría engloba verbalizaciones de desacuerdo, malestar,

fracaso y falta de motivación, y su elevado porcentaje de ocurrencia podría ser un reflejo, por un lado, de la compleja problemática de estos casos, donde tantas áreas de la vida de la persona se encuentran afectadas y el malestar es tan elevado, no solo por los problemas psicológicos sino también por las consecuencias de la toma de la medicación que en muchas ocasiones llevan a la persona a cuestionarse su consumo. Pero además, su elevado porcentaje puede deberse tanto a la ausencia de *funciones castigo* como de instrucciones concretas que guíen la conducta del usuario. Por este motivo, valdría la pena preguntarse qué hace el terapeuta tras la emisión de este tipo de verbalizaciones por parte del usuario. Quizás siendo más directivo, el terapeuta lograra disminuir estas verbalizaciones y, en consecuencia, el malestar asociado a ellas. Quizás esta gran cantidad de verbalizaciones de malestar se deba a que los terapeutas entienden las sesiones de tratamiento como un lugar de desahogo del usuario y no se planteen la posibilidad de que discriminando y reforzando verbalizaciones de bienestar o neutras podrían conseguir modificar el estado de ánimo del cliente. Por otra parte, reforzando verbalizaciones proterapéuticas podrían incrementar no solo el estado de ánimo sino la posibilidad de que el usuario llevase a cabo fuera de sesión las conductas asociadas o descritas en tales verbalizaciones.

Por último, los resultados obtenidos tras llevar a cabo el análisis de conglomerados indican la presencia de una agrupación similar a la encontrada en los estudios previos en esta línea de investigación en los que se ha basado este estudio. Estos resultados muestran como la conducta verbal del terapeuta va cambiando a lo largo de las sesiones y que esas variaciones, lejos de explicarse por el terapeuta, el usuario o el caso estudiado, parecen relacionarse más con la actividad desempeñada por el psicólogo y los diferentes objetivos que se pueda ir planteando a lo largo de la terapia.

Si atendemos a los grupos generados en el análisis de conglomerados podemos observar dichos patrones. El primer grupo, se podría caracterizar por una elevada participación del usuario, limitándose el terapeuta a emitir verbalizaciones englobadas dentro de las *categorías estímulo discriminativo*, y reforzando la conducta verbal del usuario emitida tras ellos con la finalidad de continuar con la dinámica. Este patrón de comportamiento se ajusta a los momentos en los que el terapeuta evalúa aspectos relevantes para la terapia, y podría denominarse Evaluación. El segundo grupo, se podría caracterizar por largos períodos de explicación acompañados de *discriminativos conversacionales* que permitirían al terapeuta evaluar la comprensión y aceptación de lo que ha propuesto. Este grupo, por lo tanto, podría denominarse Explicación, y podría darse en aquellas ocasiones que terapeuta proporcionase información acerca de alguna técnica a trabajar, la dinámica de la terapia o la etiqueta diagnóstica del usuario. Sin embargo, resulta llamativo el elevado porcentaje de ocurrencia de las categorías *función instructora formal fuera de sesión* y *función instructora laxa fuera de sesión*. Estas dos categorías tienen un escaso porcentaje de ocurrencia a lo largo de todas las sesiones observadas, y su acumulación en estas sesiones sería coherente con la explicación de técnicas de intervención a utilizar así como la emisión de recomendaciones que intentasen conseguir algún tipo de cambio en la conducta del usuario. La presencia de estas categorías instruccionales junto con la elevada presencia de la categoría *función de refuerzo bajo* (común a los tres conglomerados) podrían ser una muestra de que el terapeuta combina la explicación con algún tipo de intento de intervención asistemática; por ello, hemos decidido denominar este conglomerado Explicación/Tratamiento. Por último, el tercer grupo, nuevamente podría caracterizarse por la emisión de estímulos discriminativos seguidos de verbalizaciones que refuercen la respuesta discriminada. En este caso, el uso de reforzadores más potentes, y el uso de instrucciones dentro de sesión

podría indicar que se trata de sesiones donde el terapeuta evalúa los cambios logrados en la terapia, bien a través de estímulos discriminativos o pruebas psicométricas (actividad categorizada como instrucción dentro de sesión), y reforzando con más intensidad los cambios logrados. Por lo tanto, este grupo podría denominarse Tratamiento/Consolidación.

Este capítulo constituye la primera aproximación empírica del estudio que este trabajo presenta. Uno de los aspectos iniciales en los que nos hemos centrado hasta el momento es exponer de manera detallada el quehacer del psicólogo y del usuario en sesión. Para ello, el primer elemento fundamental ha sido ajustar las normas de codificación con el fin de obtener resultados más precisos y adaptados a las nuevas circunstancias de la muestra. Esto constituye el primer paso en el estudio acerca del contenido de las terapias que tienen lugar en este nuevo contexto. Como se habrá podido comprobar, a lo largo de este capítulo planteamos nuevas incógnitas que surgen como consecuencia de los primeros resultados obtenidos y que se centran en la interacción entre las variables definidas. El siguiente capítulo se centrará en los análisis empíricos que pretenden dar respuesta a estas preguntas.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN VERBAL EN TERAPIA

1. INTRODUCCIÓN

Los estudios realizados previamente en esta línea de investigación han analizado la interacción entre el comportamiento verbal de terapeutas de conducta y clientes. En ellos, el terapeuta de conducta es directivo, trazando unos objetivos terapéuticos claros y relevantes, y marcando el camino para alcanzarlos, poniendo en marcha las contingencias necesarias a través del uso de su conducta verbal. Esta tesis analiza otro tipo de población donde los terapeutas tienen diferentes orientaciones teóricas enmarcadas dentro de un modelo médico, y tratan problemas psicológicos complejos y severos conceptualizados desde una perspectiva de enfermedad que condiciona los objetivos terapéuticos trazados. Pese a estas diferencias, nuestro planteamiento es que un terapeuta directivo y que organice la terapia de tal manera que le permita alcanzar unos objetivos terapéuticos previamente establecidos podría incidir positivamente en las conductas de los usuarios y acercarse a la solución de sus problemas. Sin embargo, y a la vista de los resultados obtenidos en el primer estudio, anticipamos que ésta no es la manera de proceder, de modo que las contingencias que operen en las sesiones serán diferentes a las encontradas en estudios previos.

Esta anticipación viene dada por un lado porque, como se expuso en el Capítulo I, las técnicas de intervención y las terapias en general que se usan en esta población son diferentes a las utilizadas en problemas psicológicos considerados menos severos sin

estar asociados a un modelo médico. Una característica de estas intervenciones es que el rol del terapeuta es secundario, siendo considerado como mero apoyo al tratamiento psicofarmacológico de los usuarios, que constituiría la opción terapéutica principal. Por otra parte, los resultados del primer estudio, en el que hemos comprobado la frecuencia con la que se dan las diferentes hipotéticas funciones del terapeuta y las morfologías de la función de respuesta del usuario, nos han permitido plantearnos algunas hipótesis acerca de las contingencias que pueden estar operando en este contexto. Estas contingencias podrían tener en común el hecho que los terapeutas estuviesen de alguna manera condicionados por la presunción de una cronicidad de la problemática del usuario y por su etiquetación como EMGD. En este sentido, se esperaría que durante el proceso terapéutico las verbalizaciones más frecuentes fueran las de *refuerzo*, *castigo* e *instructora* porque caracterizarían el proceso de moldeamiento típico de toda intervención terapéutica. Pero dada la reducida directividad que se muestra en las sesiones analizadas, cabría esperar que este tipo de verbalizaciones tan representativas de la intervención clínica (Froján, 2011; Ruiz, Froján y Galván, 2015), no configurarían las secuencias conductuales predominantes.

En una terapia conductual y directiva se esperaría un reducido número de verbalizaciones categorizadas como *función de instrucción laxa* y un número mayor de *función de instrucción formal*, ya que son estas últimas las que facilitan una comprensión adecuada de las conductas que tienen que ser puestas en marcha para alcanzar los objetivos terapéuticos; por el contrario, las instrucciones expresadas de manera menos específica podrían dificultar la consecución de los objetivos trazados (Cronin et al., 2015; Mazzulo, Lasagna, y Griner, 1974; Morrison y Witzed, 1989). Dada su importancia (Cronin et al., 2015; Garland y Scott, 2002) y su relevancia en cuanto al porcentaje de ocurrencia a lo largo de la terapia, resulta especialmente

relevante conocer cómo se relacionan ambos tipos de instrucciones con las verbalizaciones del usuario que le siguen.

Recordando que el planteamiento general de este trabajo es que el modelo médico que se utiliza en la actualidad para tratar las denominadas EMGD puede limitar la actuación del terapeuta, respecto a las categorías *función refuerzo* y *castigo*, se espera que sean menos contingentes con las categorías de *verbalizaciones pro* y *antiterapéuticas*, respectivamente. El instrumento de medida aquí utilizado define una verbalización que podría tener *función de refuerzo* como aquella verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el usuario. Una verbalización que podría tener *función de castigo* sería una verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el usuario. Por el lado del usuario, la *verbalización proterapéutica* es definida no solo atendiendo a aquellas verbalizaciones que facilitan la interacción con el terapeuta y muestran una aproximación a la consecución de los objetivos terapéuticos, sino que además incluye tanto verbalizaciones como desarrollo de conductas que van en dirección hacia la eliminación del problema psicológico. Ambos se considerarían adaptativos según un modelo conductual, pero pueden entrar en conflicto o no estar en línea con los objetivos planteados por las diferentes alternativas terapéuticas que muestran un elevado apoyo empírico y que son comúnmente usadas en los centros que tratan estas problemáticas. Como se expuso en el primer capítulo, en la mayor parte de las ocasiones, estos objetivos incluyen la adherencia a la medicación y la conciencia de la enfermedad, por lo tanto, siendo consecuente con un modelo médico, algunos tipos de verbalizaciones consideradas aquí proterapéuticas no serían reforzadas e incluso podrían ser castigadas. La categoría *verbalización antiterapéutica* incluye verbalizaciones del usuario que dificultan la interacción con el terapeuta y muestran un

distanciamiento, rechazo u oposición a la consecución de los objetivos terapéuticos, como por ejemplo verbalizaciones acerca del padecimiento de una enfermedad que imposibilita el cambio de determinadas conductas o la dependencia de la medicación como única alternativa para sus problemas. Asumiendo un modelo de enfermedad se podría ser más condescendiente con este tipo de verbalizaciones, considerándolas normales para este tipo de población, y por tanto resultaría poco adecuado castigarlas. Este tipo de verbalizaciones está en consonancia con una conceptualización médica de estos problemas, que considera que el paciente no tiene ninguna capacidad de actuación sobre su “enfermedad”, únicamente aceptarla y vivir con ella; por lo tanto, desde esa perspectiva, las verbalizaciones de dependencia o de “resignación” nunca serían un objetivo a modificar sino incluso a reforzar.

Por último, y en línea con lo dicho anteriormente respecto a la emisión de refuerzos y castigos, se dará un paso más al estudiar secuencias de tres términos analizando cómo se distribuyen las categorías *función de refuerzo* y *castigo* tras la emisión de un *discriminativo fallido* seguido de la *categoría lenguaje desorganizado*. Esta última categoría hace referencia a verbalizaciones inadecuadas conversacionalmente o poco ajustadas al contexto terapéutico. Nuevamente, asumiendo las dificultades para controlar la denominada sintomatología positiva, y no entrando la modificación de estas conductas en los objetivos terapéuticos planteados, parece razonable anticipar que no se verán intentos de modificar estas conductas a través del castigo.

A modo de resumen, como consecuencia de lo señalado hasta el momento, a continuación se presentan las principales hipótesis planteadas en este trabajo:

- A. Existirá una diferencia en el tipo de respuesta que emite el usuario entre las *funciones de instrucción formales* y las *laxas*. Estas diferencias serán de la siguiente manera:
- La *función seguimiento de instrucciones* será la verbalización que con más frecuencia se dé tras una *función de instrucción formal*
 - La *función seguimiento de instrucciones* no será la verbalización que con más frecuencia se dé tras una *función de instrucción laxa*
 - La morfología de respuesta más frecuente tras una *función de instrucción laxa* será una verbalización de asentimiento o aceptación de lo que dice el terapeuta
- B. Las verbalizaciones *pro* y *antiterapéutica* no irán seguidas contingentemente de *refuerzo* y *castigo*, respectivamente.
- C. La categoría *función de castigo* no será la verbalización más frecuente tras la cadena donde un *discriminativo fallido* va seguido de la categoría *lenguaje desorganizado*.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Para la realización de este trabajo se utilizaron las mismas 66 sesiones que en los estudios previos y cuyas características aparecen resumidas en la tabla IV.1.

2.2 Variables e instrumentos

Variables

La conducta verbal del terapeuta y del usuario fueron las variables nominales a analizar. A continuación se detalla cada una de ellas:

- Conducta verbal del terapeuta: cuenta con 16 niveles que corresponden a cada una de las categorías incluidas en el SC-CVT-EMGD con sus modificadores en los casos correspondientes. A continuación se listan cada una de estas variables:
 - *Función discriminativa sin indicar* la dirección deseada de la respuesta
 - *Función discriminativa indicando* la dirección deseada de la respuesta
 - *Función discriminativa conversacional*
 - *Discriminativo fallido*
 - *Función de refuerzo bajo*
 - *Función de refuerzo medio*
 - *Función de refuerzo alto*
 - *Función de castigo bajo*
 - *Función de castigo medio*
 - *Función de castigo alto*
 - *Función informativa*
 - *Función motivadora*
 - *Función instructora dentro de sesión*
 - *Función instructora fuera de sesión*
 - *Función instructora laxa fuera de sesión*
 - *Otras*

- Conducta verbal del usuario: cuenta con 15 niveles que corresponden a cada una de las categorías incluidas en el SC-CVT-EMGD con sus modificadores en los casos correspondientes. A continuación se listan cada una de estas variables:
 - *Proporcionar información*
 - *Solicitar información*
 - *Seguimiento de instrucciones dentro de sesión*
 - *Descripción del seguimiento total de instrucciones fuera de sesión*
 - *Descripción del seguimiento parcial de instrucciones fuera de sesión*
 - *Anticipación del seguimiento total de instrucciones fuera de sesión*
 - *Anticipación del seguimiento parcial de instrucciones fuera de sesión*
 - *No seguimiento de instrucciones dentro de sesión*
 - *Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión*
 - *Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión*
 - *Verbalización proterapéutica*
 - *Verbalización antiterapéutica*
 - *Delirios y alucinaciones*
 - *Lenguaje desorganizado*
 - *Otras usuario*

Instrumentos

- Sistema de grabación de video a través de ordenadores, que permite registrar la conducta verbal del terapeuta y el usuario y la imagen del primero en todo momento, pero guardando la privacidad del usuario al no poder observarse su cara.

- El software *The Observer XT* versión 11.0 (Noldus ®) permitió la observación y codificación de la conducta verbal de terapeutas y usuarios en las 66 sesiones de terapia, además del cálculo de la fiabilidad inter- e intra-observadores.
- Para categorizar la conducta del terapeuta y el usuario, el instrumento de medida utilizado fue el SC-CVT-EMGD, que cuenta con dos subsistemas, SISC-CVT y SISC-CVU.
- El software *Generalized Sequential Querier* (GSEQ), desarrollado por Bakeman y Quera en 1995, en su versión 5.1 fue utilizado para analizar patrones secuenciales de conducta. Los datos obtenidos tras el registro de las sesiones haciendo uso del SC-CVT-EMGD y el software de *The Observer XT* fueron transformados a lenguaje Norma para el intercambio de datos secuenciales o Sequential Data Interchange Standard (SDIS) a través del programa *ObsTxtSds*, versión 2.0, también creado por Bakeman y Quera (1994).

2.3 Procedimiento

Se volvió sobre los registros realizados con el SC-CVT-EMGD para los estudios previos, y los resultados obtenidos tras el análisis de conglomerados. Haciendo uso del software GSEQ 5.1, se hallaron los residuos ajustados z , para las conductas dadas y condicionadas. Se comprobaron los valores de este residuo, teniendo en cuenta que un valor mayor de 1,96 significa una frecuencia significativamente mayor de la esperada por azar, mientras que un valor menor que -1,96 implica una frecuencia significativamente menor de la esperada por azar. También se calculó el coeficiente de asociación Q de Yule, que informa de la fuerza de una asociación. Su recorrido va de -1 a 1, desde la independencia estadística hasta la asociación completa (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997).

3. RESULTADOS

El análisis secuencial permite estudiar la relación que existe entre comportamientos adyacentes o casi adyacentes, por lo tanto, es la operación que proporcionará la información que nos permitirá contrastar las diferentes hipótesis planteadas. El enfoque utilizado para estudiar las diferentes relaciones y contrastar las hipótesis es el log-linear (Bakeman, Adamson y Strisik, 1995; Bakeman y Gottman, 1986, 1997; Quera, 1993).

Para facilitar la comprensión del proceso, resulta pertinente, antes de empezar a describir los análisis, definir el concepto de *probabilidad de transición de retardo* r entre dos conductas, que es la probabilidad de que habiendo ocurrido una cierta conducta en la secuencia, denominada conducta dada, se dé otra cierta conducta, denominada conducta condicionada, r eventos antes o después. Cuando ocurre antes se habla de retardo negativo, y cuando ocurre después, retardo positivo.

Para contrastar la primera hipótesis, relativa al tipo de verbalizaciones del usuario que seguirían a las instrucciones formales y laxas del terapeuta, se realizaron algunos cambios en las categorías estudiadas. Concretamente, se agruparon los modificadores para la categoría *seguimiento de instrucción*, de manera que el *seguimiento parcial* y *total* se encuentran dentro de la misma categoría llamada *seguimiento de instrucciones*, con dos variantes: *dentro* y *fuera* de sesión. Se tomó esta decisión ya que el objetivo de este estudio es analizar las diferencias en las respuestas por parte del usuario tras la emisión de una instrucción formal o una instrucción laxa. Lo que interesa aquí en primer lugar es analizar si el usuario emite algún tipo de verbalización relacionada con el seguimiento o no seguimiento y no tanto analizar cómo

es ese seguimiento. Los resultados obtenidos tras las pruebas de significación se pueden observar en la tabla V.1.

Tabla V.1 Verbalizaciones del usuario con una relación de contingencia significativa con los diferentes tipos de instrucciones

<i>Conductas dadas / condicionadas (retardo +I)</i>	Instructora formal fuera de sesión	Instructora laxa fuera de sesión	Instructora formal dentro de sesión	Instructora laxa dentro de sesión
Verbalización de seguimiento fuera de sesión	r = 27,00* Q = 0,98	r = 0,64 Q = 0,31	NA	NA
No seguimiento fuera de sesión	r = -0,24 Q = -1,00	r = 2,38* Q = 0,78	NA	NA
Verbalización proterapéuticas	r = 2,22* Q = 0,33	r = 11,30* Q = 0,68	r = -2,10* Q = -0,31	r = 0,70 Q = 0,11
Verbalización antiterapéuticas	r = -0,63 Q = -0,16	r = 2,37* Q = 0,27	r = -3,45* Q = -0,71	r = -0,15 Q = -0,25
Seguimiento dentro de sesión	NA	NA	r = 64,28* Q = 0,98	r = 36,29 * Q = 0,96
No seguimiento dentro de sesión	NA	NA	r = 24,18* Q = 0,97	r = 10,51* Q = 0,93

r = residuos ajustados

Q = Q de Yule

*Contingencias significativas

NA = No Aplicable

Para el contraste de estas dos hipótesis se realizó el análisis de significación asociada a la probabilidad de retardo +1, es decir, a la probabilidad de la asociación estadísticamente significativa entre los diferentes tipos de instrucciones y la verbalización del usuario que ocurre justo después.

La categoría *función instructora formal fuera de sesión* presenta relaciones significativas positivas tanto con la categoría de *seguimiento de instrucción fuera de sesión* como con las categorías *verbalizaciones proterapéuticas* y *solicitar información*. El mayor grado de asociación entre ambas variables se encuentra con la categoría *seguimiento de instrucciones fuera de sesión*, seguida por las categorías *solicitar información* y *verbalizaciones proterapéuticas*. Y no encuentra relación con las categorías *no seguimiento fuera de sesión* y *verbalizaciones antiterapéuticas*.

En el caso de la categoría *instrucción laxa fuera de sesión*, la verbalización del usuario que le sigue con más probabilidad es la categoría de *verbalización proterapéutica*, seguida por *solicitar información, no seguimiento fuera de sesión* y por último *verbalizaciones antiterapéuticas*; no presentando relación con la categoría *seguimiento fuera de sesión*.

Por lo tanto, las hipótesis planteadas se pueden mantener en todos los casos menos en el caso de la categoría *seguimiento dentro de sesión* para la *función instructora laxa dentro de sesión*.

Para el contraste de la segunda hipótesis se realizó nuevamente el análisis de significación asociada a la probabilidad de retardo +1. Se analizaron las asociaciones de las categorías *función de refuerzo* y *castigo* con todos los tipos de variables consideradas proterapéuticas, antiterapéuticas y de contenido neutral. Para este propósito se realizó el cálculo con cada una de ellas por separado, y luego se agruparon todas las categorías en tres grupos: verbalizaciones relacionadas positivamente con el cambio clínico, verbalizaciones relacionadas negativamente con el cambio clínico y verbalizaciones neutrales. El primer grupo incluye las categorías *verbalización proterapéutica* y *seguimiento de instrucciones* en todas sus variantes. El segundo incluye las categorías *verbalizaciones antiterapéuticas, no seguimiento de instrucciones* en todas sus variantes, *lenguaje desorganizado*, y *delirios* y *alucinaciones*. Y el tercero incluye la categoría *proporcionar información*.

Tabla V.2 Relación entre las categorías función de refuerzo y función de castigo con las distintas categorías que recogen las verbalizaciones proterapéuticas, antiterapéuticas y neutras

Conductas condicionadas (retardo +I) / dadas	Castigo	Refuerzo
Verbalizaciones proterapéuticas	r = 0,58 Q = 0,09	r = 27,85* Q = 0,62
Seguimiento de instrucciones	r = -0,39 Q = -0,14	r = 12,69* Q = 0,56
Verbalizaciones proterapéuticas agrupadas	r = 0,41 Q = 0,06	r = 31,76* Q = 0,64
Verbalizaciones neutras	r = 2,07* Q = 0,22	r = 41,58* Q = 0,70
Verbalizaciones antiterapéuticas	r = 13,86* Q = 0,81	r = 12,56* Q = 0,38
Lenguaje desorganizado	r = 5,94* Q = 0,61	r = 5,61* Q = 0,24
Delirios y alucinaciones	r = 1,17 Q = 0,51	r = 0,00 Q = 0,00
No seguimiento de instrucciones	r = -0,54 Q = -1,00	r = -1,20 Q = -0,30
Verbalizaciones antiterapéuticas agrupadas	r = 16,27* Q = 0,85	r = 17,07* Q = 0,43

r = residuos ajustados

Q = Q de Yule

*Contingencias significativas

La categoría *función de refuerzo* presenta relaciones significativas positivas con las distintas categorías de *verbalización proterapéutica* y *proporcionar información* (categoría de contenido neutro), así como las categorías *verbalización antiterapéutica* y *lenguaje desorganizado*. El mayor grado de asociación se encuentra con la categoría *proporcionar información*, seguida por la *función verbalización proterapéutica* y por último, *seguimiento de instrucciones fuera de sesión*. Y no encuentra relación con las categorías *no seguimiento fuera de sesión* y *delirios y alucinaciones*.

En cuanto a la categoría *función de castigo*, ésta encuentra asociación positiva con las categorías *verbalización antiterapéutica* y *lenguaje desorganizado*, así como con el conjunto de *verbalizaciones antiterapéuticas agrupadas*, pero no presenta relación con las categorías *delirios y alucinaciones*, *no seguimiento de instrucciones* ni

con ninguna de las verbalizaciones consideradas *proterapéuticas*, ni por separado ni en conjunto.

La hipótesis B se cumple parcialmente. Aunque sí se observa una asociación positiva entre las *verbalizaciones proterapéuticas* y la categoría *función de refuerzo*, esta asociación se da en mayor medida con información de contenido neutral, y en menor medida con ciertas *verbalizaciones antiterapéuticas*. Además, la categoría *función de castigo* no se asocia en todos los casos a las verbalizaciones de contenido antiterapéutico.

Por último, en el caso de la tercera hipótesis, se espera que la categoría *función de castigo* no sea la verbalización más frecuente tras la cadena donde un *discriminativo fallido* va seguido de la categoría *lenguaje desorganizado*.

Para el contraste de esta hipótesis se realizó nuevamente el análisis de significación asociada a la probabilidad de retardo +1. Se realizaron dos cadenas diferentes:

- *Discriminativo fallido* → *Lenguaje desorganizado*
- *Discriminativo fallido* → *Lenguaje desorganizado (Verbalización proterapéutica)*
- *Discriminativo fallido* → *Lenguaje desorganizado (Verbalización antiterapéutica)*

La decisión de añadir las categorías *verbalización proterapéutica* y *verbalización antiterapéutica* se debe a que el instrumento de medida utilizado permitía estudiar el contenido de estas verbalizaciones al añadir de manera inmediata un registro que indicase si se trataba de contenido antiterapéutico o proterapéutico, y la ausencia de estas categorías tras la cadena indicaría que se trata de contenido neutral.

Tabla V.3 Verbalizaciones del terapeuta con una relación de contingencia significativa con las tres cadenas planteadas

<i>Conductas dadas / condicionadas (retardo +1)</i>	Discriminativo fallido + Lenguaje desorganizado	Discriminativo fallido + Lenguaje desorganizado (contenido antiterapéutico)	Discriminativo fallido + Lenguaje desorganizado (contenido proterapéutico)
Castigo	r = 4,75* Q = 0,66	r = 9,10* Q = 0,88	r = 1,95 Q = 0,70
Refuerzo bajo	r = 2,56* Q = 0,20	r = 1,15 Q = 0,16	r = 1,88 Q = 0,37
Refuerzo medio	r = -0,25 Q = -0,06	r = -0,51 Q = -0,25	r = 1,93 Q = 0,58
Refuerzo alto	r = 0,47 Q = 0,17	r = 2,44* Q = 0,66	r = 10,12* Q = 0,94

r = residuos ajustados

Q = Q de Yule

*Contingencias significativas

Cuando el contenido es neutral o antiterapéutico sí se encuentra una asociación con la categoría *función castigo*. Pero además de esta asociación, cuando el contenido es neutral, también se encuentra una ligera asociación con la categoría *función refuerzo bajo*, y cuando el contenido es antiterapéutico se encuentra una asociación con la categoría *refuerzo alto*. Cuando el contenido es proterapéutico no existe asociación con la categoría *función castigo*, e incluso la categoría que tiene una fuerte asociación es la *función refuerzo alto*.

Nuevamente, la tercera hipótesis se mantiene parcialmente, ya que aunque el terapeuta en algunas ocasiones pone en marcha las contingencias adecuadas, en otros casos esta coherencia no se observa.

4. DISCUSIÓN

Este segundo estudio ha permitido analizar algunas de las secuencias más relevantes en estas intervenciones, y estas son las relacionadas con el uso de las instrucciones, los refuerzos y los castigos. Estas verbalizaciones son las que mostrarían una mayor directividad por parte del terapeuta en sesión, y son recursos fundamentales para ejercer el control necesario que le permitirá alcanzar los objetivos planteados al inicio de la sesión.

El estudio planteado para contrastar la primera hipótesis puso de manifiesto los diferentes tipos de respuesta más frecuentes tras los distintos tipos de instrucciones que puede emitir el terapeuta. Así, se observó que la categoría *función instructora formal fuera de sesión* sí presenta una fuerte asociación con el *seguimiento de instrucciones fuera de sesión*, pero la categoría *función instructora laxa* no presenta ningún tipo de asociación con este tipo de verbalizaciones por parte del usuario. Además, la verbalización más frecuente ante una *instrucción laxa fuera de sesión* es la categoría *verbalización proterapéutica*, entendida como verbalización que muestra un acercamiento a los objetivos y facilita la interacción con el terapeuta. Esto puede deberse a que la *función de instrucción laxa* no discrimina en la mayor parte de los casos una respuesta de seguimiento de instrucciones ya que una respuesta afirmativa tras una recomendación del tipo “estaría bien que practicases la técnica de relajación que te enseñé”, no indica que se vaya a llevar a cabo. Parece, por lo tanto, que una *instrucción laxa* sí genera respuestas positivas, esto es, aceptación por parte de los usuarios, pero no permite mostrar un compromiso de futura realización de la tarea. En pocas palabras, la falta de directividad por parte del terapeuta podría conllevar asociada una falta de compromiso por parte del usuario.

Tras observar las respuestas positivas obtenidas después de la expresión de instrucciones laxas, el terapeuta podría interpretar su acción como positiva, entendiendo que el usuario responde positivamente a su propuesta. No obstante, su adecuación no se ve confirmada por los datos, ya que este tipo de instrucciones es la que más *verbalizaciones antiterapéuticas* tiene asociadas, observándose también una asociación con la categoría *no seguimiento de instrucciones fuera sesión*, algo que no se observa en la categoría *instructora formal fuera de sesión*.

Aun así, la frecuencia de este tipo de verbalizaciones por parte del terapeuta puede explicarse por varias razones: en primer lugar, el proceso de evaluación en este tipo de usuarios es poco exhaustivo, ya que las personas llegan con un diagnóstico determinado y el terapeuta interviene acorde a ese diagnóstico y no a un análisis funcional de las conductas problema. Por ello, el terapeuta puede no tener claro qué alternativas de entre las disponibles, es decir, entre las técnicas que tienen un elevado apoyo empírico, es la más adecuada para el caso, y podría ir probando diferentes opciones de manera vaga. Este patrón de comportamiento errático podría explicar la formación de un conglomerado, denominado Explicación/Tratamiento, que incluye grandes períodos de explicación asociados a instrucciones formales o laxas. El terapeuta podría informar al usuario sobre las diferentes alternativas, aconsejando su realización, y en función de la respuesta del usuario a ellas, bien ser más específico, bien cambiar de alternativa. En este caso, el control de la emisión de la instrucción quedaría dividido entre el terapeuta y usuario, ya que en función de las preferencias del usuario, el terapeuta ajustaría su conducta.

En segundo lugar, la conceptualización de este tipo de problemas como enfermedades crónicas y severas derivaría en una conducta laxa respecto al cambio, por un lado, por temor a que cambios contextuales deriven en una pérdida del equilibrio

actual, es decir, en una recaída; y por otro lado, las bajas expectativas de cambio asociadas a la idea de enfermedad pueden generar cierta condescendencia que se vería reflejada en la emisión de recomendaciones acerca de que aquellas actividades en lugar de instrucciones específicas para alcanzar objetivos concretos que el terapeuta considere alcanzables.

Resulta especialmente interesante que no observe una asociación entre una *instrucción laxa* y una *verbalización de seguimiento de instrucciones fuera de sesión*, pero sí se observe esa asociación con la categoría *no seguimiento de instrucciones fuera de sesión*. Estos resultados pueden indicar que el usuario se encuentra menos receptivo a realizar tareas que no han sido bien explicadas, probablemente al resultar confuso qué tiene que hacer, cómo lo tiene que hacer y en qué situación.

Respecto a las categorías *función instructora formal dentro de sesión* como *función instructora laxa dentro de sesión*, la asociación observada tanto con la categoría *seguimiento de instrucción dentro de sesión*, como con la categoría *no seguimiento de instrucción dentro de sesión*, y la ausencia de relación con las *verbalizaciones pro y antiterapéuticas* (entendidas como muestras de aceptación o rechazo), puede indicar que el control estimular de la sesión podría jugar un papel en estos resultados, facilitando que la persona realice la actividad que tiene en frente (comúnmente role-play o pruebas psicométricas). In situ, en el caso de las instrucciones dentro de sesión el papel del lenguaje como mediador en el seguimiento o no de instrucción es menor porque hay muchas claves contextuales que discriminan la emisión o rechazo de las tareas propuestas. Esto puede explicar el mayor éxito que se observa al emitir *instrucciones laxas dentro de sesión*, frente a *instrucciones laxas fuera de sesión*. La figura del terapeuta y otras claves contextuales pueden discriminar el cumplimiento de esa instrucción.

Estos resultados son especialmente relevantes al observarse cómo el terapeuta puede ejercer el control de la conducta del usuario en terapia: en presencia del terapeuta, las instrucciones se siguen aunque sean dadas de manera poco formal. El profesional puede ser un discriminativo de cumplimiento de instrucciones aprendido socialmente. Comprobado esto, es lamentable que ese valor socialmente adquirido no lo emplee el terapeuta para conseguir más cambios y, sobre todo, cambios fuera de sesión. Si se logra controlar la conducta del usuario en sesión, el paso siguiente y fundamental es generalizar estos cambios fuera de sesión. Además, si en sesión es más sencillo que el usuario siga las instrucciones puesto que hay claves contextuales que discriminan el cumplimiento de esa instrucción, resultaría especialmente importante que el terapeuta refuerce la conducta de seguimiento de instrucciones, de esta manera se haría más probable que se generalice ese seguimiento de instrucciones a actividades a llevar a cabo fuera de sesión.

El segundo análisis realizado tenía como objetivo poner en relación las categorías *función de refuerzo* y *castigo* con los diferentes tipos de *verbalizaciones proterapéuticas, neutras o antiterapéuticas* para estudiar qué tan contingente es el terapeuta cuando emite este tipo de verbalizaciones. Este análisis permitió constatar que el profesional no es consistente en todo momento: el terapeuta sí muestra una conducta contingente con las *verbalizaciones proterapéuticas* del usuario al reforzar todas aquellas verbalizaciones que se consideran adaptativas y acercan a la persona a los objetivos planteados. Sin embargo, su uso del *refuerzo* tras otro tipo de verbalizaciones puede alterar su efecto, lo cual puede estar ocurriendo en este caso. Muchos autores resaltan la importancia de reforzar en terapia este tipo de verbalizaciones con los objetivos de mantener o incrementar su ocurrencia (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991; Truax, 1966). Sin embargo, que el terapeuta refuerce más verbalizaciones de contenido

neutral puede reducir el valor del refuerzo que se da a otro tipo de verbalizaciones. Esto resulta especialmente relevante, ya que si el terapeuta no discrimina entre ambos tipos de verbalizaciones, las neutras y proterapéuticas, posiblemente el usuario tampoco aprenda a discriminar entre lo que es una conducta neutra y una conducta que se desea promover. Y dando un paso más, y poniendo en relación con la teoría de Fester (1973), el exceso de uso de un refuerzo puede generar una pérdida de su valor debido al efecto de habituación, y una ausencia de refuerzo adecuado de las conductas que se desea promover, puede facilitar un estilo de comportamiento pasivo, comportamiento común en algunos de los problemas englobados en las EMGD. De manera que este tipo de comportamiento por parte del terapeuta en sesión podría facilitar el mantenimiento de conductas que se desean modificar, no solo porque no proporcionan suficientes instructoras claras de cambio, sino también porque no se refuerzan de manera adecuada aquellas conductas (en este caso verbales) que se desea promover.

Respecto al uso del *castigo*, los resultados muestran una tendencia hacia una reducción del uso de este tipo de verbalizaciones por parte del terapeuta cuanto más cercana es la verbalización del usuario a las conductas consideradas propias de la enfermedad (denominada sintomatología positiva), al observarse una reducción en su uso cuando se trata de la categoría *lenguaje desorganizado*, y siendo incluso menor la asociación con la categoría *delirios y alucinaciones*. No obstante, resulta llamativo que esta categoría no muestra asociación con la categoría *no seguimiento de instrucciones*, lo cual sería la excepción a esta tendencia. Esta falta de contingencia entre el *no seguimiento de instrucciones* y el *castigo* puede deberse a varios motivos. En primer lugar, el usuario podría no estar siguiendo la instrucción porque no ha podido, debido a que el terapeuta no fue lo suficientemente específico al instruir o a que no ha evaluado suficientemente bien las variables disposicionales que pueden jugar un rol en la

ejecución de la tarea (habilidades actuales o contexto de la persona). Esta explicación es coherente con la elevada presencia de la categoría *instructora laxa* y el reducido porcentaje de sesiones de evaluación. En este caso, sería lógico que el terapeuta, si concluye que ésta es la razón del no seguimiento, no castigase dichas verbalizaciones. En segundo lugar, se podría interpretar que el terapeuta no castiga este tipo de verbalizaciones como muestra de condescendencia, considerando que los usuarios son incapaces y no se les debería exigir más de la cuenta, ya que no van a poder conseguir los objetivos terapéuticos incluso siendo estos últimos poco ambiciosos. Esta interpretación es congruente con el modelo médico dominante en el área, tal como señalamos anteriormente: si se parte del supuesto de que el usuario es un enfermo y no tiene responsabilidad sobre su enfermedad, no tendría sentido castigar sus verbalizaciones ya que se entendería que éstas son fruto de tal enfermedad. Desde esta perspectiva, se anula por completo el potencial valor como motor de cambio del refuerzo/castigo de la correspondencia decir-hacer.

Sea cual fuere la explicación, para el análisis del uso del *castigo* hay que tener en cuenta los efectos que uso tienen en ambos agentes de la interacción: terapeuta y usuario. Por un lado el terapeuta utilizaría el *castigo* para controlar la conducta del cliente pero encuentra dificultades, como son el temor a una respuesta explosiva o la creencia de que su uso no es adecuado. El usuario, por su parte, podría detectar la reticencia del terapeuta a su uso como una forma de controlar el ritmo o la forma de la sesión, y esto le permitiría al usuario tomar el control de la sesión eligiendo los temas a abordar en cada momento.

Una ausencia de uso contingente del castigo, por lo tanto, no solo afectaría a que determinadas conductas problemáticas no se eliminen con la eficacia que podría darse,

sino que además, el usuario podría tener un excesivo control de la sesión contraproducente para la consecución de los cambios deseados.

Nuevamente, esta falta de contingencia se observa al analizar los resultados del análisis desarrollado para contrastar la última hipótesis planteada. El hecho de que el terapeuta refuerce con contundencia tras la cadena donde un *discriminativo fallido* es seguida por *lenguaje desorganizado* con contenido proterapéutico permite observar cómo el terapeuta no solo pierde momentáneamente el control de la sesión seleccionando los temas que se tratan en sesión sino que además refuerza que el usuario tome el control de la terapia alejándose de los temas centrales. Estas situaciones, por un lado puede permitir evaluar aspectos que no han sido analizados previamente al no haber proceso de evaluación propiamente dicho con análisis funcional, pero también evita oportunidades para poner en marcha contingencias que podrían permitir el moldeamiento hacia conductas más adaptativas. Además, este tipo de conductas podrían mantenerse en el usuario a través de un paradigma de reforzamiento negativo, al evitar llevar a cabo conductas indeseadas para él en sesión como responder a determinadas preguntas o realizar tareas). Paradigma que, vale la pena recordar, diversos autores han utilizado para explicar el mantenimiento de las EMGD (Allen y Badcock, 2003; Gilbert, 2006; Martell, Addis y Jacobson, 2001). Aunque estos autores se refieren a conductas englobadas en la denominada sintomatología negativa o conductas depresivas como pueden ser el retraimiento y la pasividad, comportamientos como denominado el *lenguaje desorganizado* también podrían entrar dentro del mismo paradigma, al servir como manera de dirigir el discurso hacia donde les resulte más cómodo y evitar exponerse a estimulación aversiva, como puede ser realizar determinadas actividades que les expongan a estimulación aversiva.

Si bien estos resultados no permiten mantener todas las hipótesis planteadas, sí permiten avanzar en la comprensión de lo que ocurre en terapia, y poner en relación esta interacción en sesión con el contexto general que viven las personas que sufren este tipo de problemas. Vale la pena recordar que el contexto común para el desarrollo de estos problemas es aversivo. En este contexto, la persona aprende habilidades que le permiten adaptarse a estas situaciones punitivas, desarrollando conductas que en la mayor parte de los casos son incompatibles con la adaptación a otro tipo de contextos más normales y positivos. Además, deja de adquirir habilidades necesarias para adaptarse a estos contextos más normalizados. Desde nuestro punto de vista, la labor del terapeuta no solo debe ser eliminar este tipo de conductas que tanto malestar generan por sus consecuencias a largo plazo, sino generar procesos de aprendizaje que permitan la adquisición de comportamientos más adecuados que faciliten una mejor adaptación a largo plazo a un contexto más normalizado. Los resultados muestran cómo la conducta verbal del terapeuta puede dificultar la puesta en marcha de estos procesos, probablemente debido al uso de un modelo de enfermedad que dificulta la comprensión de los problemas psicológicos como problemas personales, e impide, en consecuencia, la delimitación de objetivos realistas y adecuados para cada caso.

Si entendemos que un proceso terapéutico es un proceso de moldeamiento, cuanto más claro esté el objetivo final de un moldeamiento, más nos dirigiremos a él de una manera mucho más eficaz, rápida y clara. De lo contrario, esos pasos se darán de una manera mucho más tentativa o por ensayo y error. Una falta de análisis funcional puede dificultar enormemente la delimitación de objetivos claros y adaptados para cada caso. En ausencia de esos objetivos finales claros y operativizados, también se dificulta la selección de técnicas de intervención psicológica para alcanzarlos, y la conducta del terapeuta se puede convertir en diversos tanteos de alternativas de cambio. En esta

lógica de ensayo y error o de un proceso no tan directivo, el control del proceso terapéutico está mucho más repartido entre terapeuta y usuario, ya que su desarrollo queda en función de la respuesta que dé el usuario de las alternativas que el terapeuta va proponiendo. Los resultados obtenidos hasta ahora muestran esta falta de control, que tiene como consecuencia última una falta de eficacia a la hora de lograr el cambio necesario en estos problemas psicológicos.

CAPÍTULO VI

COMPARACIÓN DE LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA ENTRE DOS MODELOS DE TERAPIA

1. INTRODUCCIÓN

Los estudios anteriores suponen una aproximación inicial a la identificación de las secuencias funcionales que podrían explicar la interacción terapéutica en el tratamiento de las denominadas EMGD. Tras estudiar las diferentes hipotéticas funciones de la conducta verbal del terapeuta y cómo se distribuyen y agrupan entre ellas a lo largo de las sesiones (Capítulo IV), así como las diferentes morfologías de respuesta que puede verbalizar el usuario en estas sesiones, y comprobar las relaciones que se establecen entre las verbalizaciones emitidas por ambos participantes (Capítulo V), nos planteamos un último objetivo en esta tesis doctoral: comparar las secuencias conductuales que caracterizan el tipo de intervención analizada hasta ahora (modelo de enfermedad con usuarios con un diagnóstico de EMGD) con aquellas que, en estudios previos de nuestro grupo, se han mostrado definitorias de la interacción terapéutica en muestras clínicas tratadas desde un modelo psicológico que no etiqueta a los usuarios. Podemos anticipar que la intervención desde un modelo psicológico que hace uso del análisis funcional como herramienta clave en el proceso de evaluación, no desarrollará el mismo patrón de actividades clínicamente relevantes que aquella otra realizada desde un modelo de enfermedad basado en etiquetas diagnósticas.

En esta línea de investigación existe claramente un precursor de este estudio, y es el análisis comparativo entre terapeutas expertos e inexpertos (Ruiz, 2011; De Pascual, 2015). Los resultados de estos estudios son importantes, ya que asumiendo que los terapeutas expertos son más eficientes en la aplicación del tratamiento psicológico, ayudan a conocer qué secuencias conductuales están asociadas a esta mayor eficiencia y, por tanto, cómo tendrían que comportarse los terapeutas noveles para maximizar el éxito de sus intervenciones. En esta línea de investigación se han obtenido diferentes resultados que demuestran que los terapeutas conocen y aplican los principios de aprendizaje que subyacen a la interacción verbal en terapia con el fin de provocar el cambio clínico en el cliente y que esto es un elemento central que caracteriza el quehacer de un psicólogo. Pero hay que recordar que estos resultados se han obtenido estudiando la actuación de terapeutas de conducta que hacen uso del análisis funcional como requisito fundamental para el establecimiento de los objetivos terapéuticos y diseño de la intervención. Cabe preguntarse si los psicólogos que no hacen uso de esta herramienta – debido a que la intervención es dependiente de la etiqueta diagnóstica – hacen uso de las leyes de aprendizaje de la misma manera.

Aunque nuestra comparativa no está relacionada con la experiencia del terapeuta, nuestro objetivo en el estudio que nos ocupa sigue siendo comparar la actuación de terapeutas que se han mostrado eficientes con los de la muestra actual, cuyas eficiencia terapéutica es mucho menor. Nuestra hipótesis de partida es que las secuencias conductuales que caracterizan ambos tipos de intervenciones van a ser muy diferentes, con un patrón más activo de tratamiento en el modelo psicológico y ello podría explicar esta menor eficiencia, más que la hipotética gravedad de los problemas sobre los que actúa. Como hemos dicho anteriormente, si se parte de un modelo de enfermedad, los objetivos terapéuticos serán mucho menos ambiciosos y la actuación

del terapeuta mucho más conservadora. Ello implica que no se pondrán en marcha las mismas contingencias cuando se llevan a cabo intervenciones psicológicas basadas en diagnósticos típicos de un modelo de enfermedad, frente a cuando se trata problemas psicológicos desde un modelo eminentemente psicológico. En este sentido, nos planteamos que la actuación del terapeuta en el marco de este último modelo será más directiva, aplicará contingencias verbales de refuerzo y de castigo asociadas a verbalizaciones del cliente proterapéuticas y antiterapéuticas, respectivamente y además evocará verbalizaciones de uno u otro tipo para aplicar las adecuadas contingencias no esperando a que éstas se den espontáneamente. Para ello, el terapeuta emitirá verbalizaciones con función discriminativa que, tras la verbalización del cliente, irán seguidas de verbalizaciones con potencial función de refuerzo o de castigo, según el contenido de las anteriores. Por lo que respecta al terapeuta que trabaja desde un modelo de enfermedad, nos planteamos que su actuación será menos sistemática, la presencia de castigo asociada a verbalizaciones antiterapéuticas será mucho menor (entendiendo que se considera que el usuario es un enfermo y que es la enfermedad la responsable de sus síntomas) y el uso de reforzadores verbales será indiscriminado.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Para la realización de este trabajo, por un lado, se utilizaron las 66 grabaciones de sesiones de terapia utilizadas en los dos capítulos previos. Como se recordará, estas sesiones de terapia se caracterizan por estar bajo un modelo de enfermedad tratando las etiquetas diagnósticas consideradas EMGD, cuyos detalles aparecen resumidos en la Tabla IV.1 (Capítulo IV).

Por otro lado, se utilizaron los resultados de los análisis realizados a 92 grabaciones de sesiones clínicas basadas en un modelo psicológico que no utiliza etiquetas diagnósticas sino un análisis funcional como método de evaluación. Las terapias fueron individuales de población adulta procedentes de 19 casos tratados por 9 terapeutas conductuales con diferentes grados de experiencia. Estas sesiones se llevaron a cabo en el Instituto Terapéutico de Madrid, un gabinete psicológico privado de esta comunidad. La tabla VI.1 resume las características de los participantes.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los clientes y los psicólogos para proceder a la grabación y posterior observación y análisis de las sesiones, habiendo sido aprobado este procedimiento por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

Tabla VI.1. Características de las grabaciones analizadas – Muestra problemas psicológicos sin etiqueta diagnóstica tratados desde una perspectiva psicológica

<i>Caso</i>	<i>Sesiones totales (grabadas)</i>	<i>Sesiones observadas (nº y duración)</i>	<i>T</i>	<i>Sexo (T)</i>	<i>Edad (T)</i>	<i>Experiencia (años)</i>	<i>Sexo (C)</i>	<i>Edad (C)</i>	<i>Problema</i>
1	16 (13)	S1 (0h 57' 03'') S2 (0h 56' 22'') S4 (0h 50' 59'') S8 (1h 05' 49'') S13 (0h 49' 44'')	1	M	43	14	M	29	Bajo estado de ánimo
2	10 (10)	S3 (0h 52' 35'') S4 (0h 51' 40'') S6 (0h 43' 38'') S8 (0h 37' 11'') S9 (0h 54' 16'')	1	M	45	16	M	32	Problemas de pareja
3	21 (20)	S2 (0h 49' 17'') S5 (1h 05' 01'') S7 (0h 51' 28'') S9 (0h 42' 11'') S20 (0h 31' 23'')	1	M	47	18	H	31	Trastorno obsesivo compulsivo
4	17 (17)	S1 (1h 14' 35'') S4 (1h 03' 44'') S5 (0h 46' 25'') S9 (1h 05' 43'') S16 (0h 32' 53'')	1	M	48	19	M	32	Problemas de ansiedad
5	9 (8)	S2 (0h 46' 21'') S3 (0h 27' 59'') S4 (0h 37' 36'') S7 ^b (0h 18' 12'') S8 (0h 33' 34'')	1	M	44	15	M	36	Agorafobia
6	8 (8)	S3 (0h 45' 03'') S5 (0h 45' 04'')	2	H	31	5	M	29	Problemas de

Capítulo VI: Comparación de la interacción terapéutica entre dos modelos de terapia

		S6 (0h 40' 02'')							alimentación
		S7 (0h 51' 16'')							
		S8 (0h 51' 11'')							
7	12 (10)	S2 (0h 50' 03'')	2	H	30	4	H	36	Problemas de ansiedad y habilidades sociales
		S4 (0h 34' 13'')							
		S6 (0h 49' 39'')							
		S8 (0h 45' 12'')							
		S10(0h 49'04'')							
8	10 (9)	S2 (0h 54' 57'')	2	H	32	6	M	22	Bajo estado de ánimo
		S5 (0h 55' 00'')							
		S7 (0h 20' 43'')							
		S8 (0h 38' 22'')							
		S10 (0h 51'27'')							
9	9 (6)	S2 (0h 48' 06'')	3	M	30	4	M	51	Fobia a volar
		S2 (0h 45' 38'')							
		S4 (1h 27' 58'')							
		S8 (0h 48' 42'')							
		S9 (0h 58'37'')							
10	8 (7)	S2 (1h 03' 35'')	3	M	33	7	M	35	Hipocondría y problemas de pareja
		S4 (1h 01' 41'')							
		S5 (0h 55' 19'')							
		S6 (1h 00' 57'')							
		S7 (0h 56' 04'')							
11	5 (5)	S2 (0h 49' 15'')	3	M	32	6	M	31	Problemas de ansiedad
		S3 (1h 08' 56'')							
		S4 (1h 03' 59'')							
		S5 (0h 51' 15'')							
12	13 (12)	S2 (1h 09' 49'')	3	M	30	4	H	34	Habilidades sociales
		S3 (1h 28' 06'')							
		S5 (0h 49' 42'')							
		S7 (0h 52' 32'')							
		S12 (1h 14'10'')							
13	9 (8)	S1 (0h 51' 52'')	4	M	33	7	M	19	Fobia a atragantarse
		S4 (0h 58' 54'')							
		S5 (0h 54' 18'')							
		S7 (0h 51' 50'')							
		S8 (0h 55' 46'')							
14	13 (10)	S2 (0h 53' 32'')	5	M	26	1	M	21	Trastorno obsesivo compulsivo
		S6 (1h 01' 12'')							
		S7 (0h 53' 56'')							
		S10 (0h 56'32'')							
		S12 (0h 59'25'')							
15	7 (5)	S2 (0h 44' 57'')	6	M	25	1	M	33	Onicofagia
		S3 (0h 42' 21'')							
		S5 (0h 44' 28'')							
		S6 (0h 48' 46'')							
16	15 (13)	S4 (1h 07' 32'')	7	M	26	1	M	35	Bajo estado de ánimo
		S5 (1h 09' 09'')							
		S6 (0h 44' 54'')							
		S11 (1h 00'55'')							
		S15 (0h 50'58'')							
17	17 (15)	S2 (0h 50' 18'')	8	M	36	2	M	22	Problemas de ansiedad
		S4 (0h 47' 49'')							
		S5 (0h 44' 52'')							
		S10 (0h 42'14'')							
		S13 (0h 31'48'')							
18	9 (8)	S2 (0h 47' 37'')	9	M	24	1	H	21	Fobia a las arañas
		S3 (0h 51' 58'')							
		S4 (0h 51' 39'')							
		S8 ^b (0h 20'43'')							

		S9 (0h 19' 02'')							
		S1 (1h 05' 46'')							
19	9 (7)	S5 (1k 14' 40'')	9	M	24	1	H	25	Problemas de alimentación
		S6 (0h 58' 15'')							
		S8 (1h 09' 45'')							

Nota: Para una exposición detallada del SISC-INTER-CVT ver Ruiz (2011)

2.2 Variables e instrumentos

Variables

Nuevamente las variables analizadas fueron la conducta verbal de terapeutas y usuarios o clientes. Se tuvieron en cuenta las variables contempladas en el SC-CVT-EMGD en el caso de las terapias basadas en un modelo de enfermedad, y las incluidas en el SISC-INTER-CVT para las terapias basadas en un modelo psicológico. A continuación, en la tabla VI.2, se enumeran cada una de ellas

Tabla VI.2. Resumen comparativo de las variables de estudio contemplados en los dos sistemas de categorías utilizados

<i>SC-CVT-EMGD</i>	<i>SISC-INTER-CVT</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta <ul style="list-style-type: none"> - Discriminativa General - Discriminativa indicando - Discriminativa conversacional - Discriminativo fallido - Refuerzo bajo - Refuerzo medio - Refuerzo alto - Castigo - Informativa - Instructora dentro de sesión - Instructora fuera de sesión - Instructora laxa dentro de sesión - Instructora laxa fuera de sesión - Función motivadora - Otras terapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta <ul style="list-style-type: none"> - Discriminativa sin indicar - Discriminativa indicando - Discriminativa conversacional - Discriminativa fallida - Refuerzo bajo - Refuerzo medio - Refuerzo alto - Refuerzo conversacional - Castigo - Informativa - Motivadora - Instructora dentro de sesión. - Instructora fuera de sesión - Otras terapeuta - Chatting
<ul style="list-style-type: none"> • Variables referidas a la conducta verbal del usuario <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información - Solicitar información - Seguimiento de instrucciones dentro de sesión - Descripción del seguimiento total de instrucciones fuera de sesión - Descripción del seguimiento parcial de instrucciones fuera de sesión - Anticipación del seguimiento total de instrucciones fuera de sesión - Anticipación del seguimiento parcial de instrucciones fuera de sesión - No seguimiento de instrucciones dentro de sesión - Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Verbalizaciones proterapéuticas - Verbalizaciones antiterapéuticas - Delirios y alucinaciones - Lenguaje desorganizado - Otras usuario 	<ul style="list-style-type: none"> • Variables referidas a la conducta verbal del cliente <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información - Solicitar información - Mostrar aceptación - Mostrar desacuerdo - Bienestar - Malestar - Logro - Fracaso - Seguimiento de instrucciones dentro de sesión - Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión - No seguimiento de instrucciones dentro de sesión - Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Reacción emocional - Otras cliente

Nota: Para una exposición detallada del SISC-INTER-CVT ver Ruiz (2011)

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Sistema de grabación de video a través de ordenadores, que permite registrar la conducta verbal del terapeuta y el usuario y la imagen del primero en todo

momento, pero guardando la privacidad del usuario al no poder observarse su cara.

- El software *The Observer XT* en su versión 11.0 permitió la observación y codificación de la conducta verbal de terapeutas y usuarios en las 66 sesiones de terapia, además del cálculo de la fiabilidad inter- e intra-observadores
- Para categorizar la conducta del terapeuta y el usuario, el instrumento de medida utilizado fue el SC-CVT-EMGD y el SISC-INTER-CVT.
- El software *Generalized Sequential Querier* (GSEQ), desarrollado por Bakeman y Quera en 1995, en su versión 5.1 fue utilizado para analizar patrones secuenciales de conducta. Los datos obtenidos tras el registro de las sesiones haciendo uso del SC-CVT-EMGD y el software de *The Observer XT* fueron transformados a lenguaje Norma para el intercambio de datos secuenciales o Sequential Data Interchange Standard (SDIS) a través del programa *ObsTxtSds*, versión 2.0, también creado por Bakeman y Quera (1994).

2.3 Procedimiento

Se utilizaron los registros realizados con el SC-CVT-EMGD para los estudios previos así como los resultados obtenidos tras el análisis de conglomerados. Para el análisis secuencial, haciendo uso del software GSEQ 5.1, se hallaron los residuos ajustados z , para las conductas dadas y condicionadas. También se calculó el coeficiente de asociación Q de Yule, que informa de la fuerza de una asociación.

A continuación, se compararon los resultados obtenidos en la muestra analizada hasta ahora, aquella tratada bajo un modelo de enfermedad, con los resultados obtenidos en estudios previos de nuestro grupo centrados en el análisis de la interacción

terapéutica en muestras clínicas tratadas desde un modelo psicológico que no etiqueta a los usuarios.

Los análisis llevados a cabo en ese estudio son iguales a los aquí expuestos con las únicas peculiaridades de que los softwares utilizados fueron versiones anteriores: el SPSS 17.0, el GSEQ 5.0, y el instrumento de medida fue el SISC- INTER- CVT, como se mencionó previamente.

3. RESULTADOS

A continuación, en primer lugar, se presentan los resultados obtenidos tras realizar el análisis de conglomerados en ambas muestras. Y es segundo lugar, los datos referentes al análisis secuencial.

3.1 Comparación de los resultados del análisis de conglomerados

La hipótesis general que sustenta el presente estudio supone que el patrón de actuación desarrollado por los terapeutas de acuerdo a sus respectivos modelos de trabajo va a diferir en cuanto a las actividades clínicamente relevantes que los caracterizan. En el Capítulo IV de este trabajo se realizó un análisis de conglomerados cuyos resultados utilizando el método de conglomeración de Ward y como medida de similaridad la distancia euclídea al cuadrado. Para ello, se decidió incluir todas las variables de estudio referidas a las categorías estado y las categorías evento con sus modificadores en el caso de que los presentaran, excepto para la *función de castigo* teniendo en cuenta los bajos porcentajes que mostraba.

Tabla VI.3. Estadísticos descriptivos para cada conglomerado – Modelo de enfermedad

	<i>Grupo 1 (n=10) Evaluación</i>		<i>Grupo 2 (n=22) Explicación/Tratamiento</i>		<i>Grupo 3 (n=34) Tratamiento/Consolidación</i>	
	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>
Discriminativa General	49,09	6,25	22,70	6,29	30,06	7,11
Discriminativa Indicando	8,19	4,65	2,62	1,46	3,89	2,08
Discriminativa Conversacional	2,41	2,22	4,18	2,77	3,35	1,92
Refuerzo Bajo	15,53	5,44	19,47	4,30	21,49	7,16
Refuerzo Medio	1,59	0,91	3,08	2,29	3,29	2,10
Refuerzo Alto	0,31	0,63	1,77	3,43	0,83	0,94
Castigo	0,64	0,89	1,42	1,47	0,77	1,01
Dentro de Sesión	0,80	2,23	0,74	1,64	0,92	1,22
Laxa Dentro de Sesión	0,04	0,09	0,05	0,16	0,46	0,65
Fuera de Sesión	0,00	0,0	1,09	1,82	0,51	1,09
Laxa Fuera de Sesión	0,70	0,93	3,79	4,23	1,85	2,89
Informativa	12,14	4,60	42,44	11,17	25,27	6,08
Motivadora	1,06	1,56	4,39	4,89	1,86	2,36
Otras	0,38	0,51	0,56	1,00	0,39	0,59
Discriminativo Fallido	4,07	3,25	2,02	2,18	3,12	3,19

Por otra parte, el estudio realizado por Ruiz (Ruiz, 2011; Ruiz, Froján y Galván, 2015) con la muestra descrita en la tabla VI.1 y utilizando el mismo tipo de análisis de conglomerados, obtuvo los resultados expuestos en la tabla VI.4. En ella podemos observar que se obtuvieron cuatro grupos, denominados Evaluación, Explicación, Tratamiento y Consolidación.

Tabla VI.4. Estadísticos descriptivos para cada conglomerado – Modelo psicológico

	<i>Grupo 1 (n=17) Evaluación</i>		<i>Grupo 2 (n=25) Explicación</i>		<i>Grupo 3 (n=30) Tratamiento</i>		<i>Grupo 4 (n=20) Consolidación</i>	
	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>	<i>Media</i>	<i>Des. Típica</i>
Discriminativa Sin indicar	51,69	7,21	20,48	6,02	42,03	7,75	26,38	9,60
Discriminativa Indicando	5,79	3,53	2,91	2,37	3,92	1,95	3,33	2,20
Discriminativa Conversacional	7,14	2,60	38,45	7,13	20,17	6,60	12,82	5,79
Discriminativa Fallida	0,57	0,54	0,34	0,48	0,54	0,71	0,69	0,90
Refuerzo Bajo	6,71	3,17	3,64	3,10	5,41	2,81	2,94	2,09
Refuerzo Medio	3,56	1,99	4,96	2,28	6,64	4,18	7,65	4,26
Refuerzo Alto	1,42	1,21	3,08	2,32	2,72	2,04	2,05	1,35
Refuerzo Conversacional	17,58	6,31	17,11	7,68	14,30	5,62	36,19	9,96
Evocadora	0,02	0,78	0,06	0,18	0,02	0,10	0,00	0,00
Castigo	1,44	1,26	2,52	1,49	2,38	2,43	2,24	1,59
Informativa	14,68	5,21	50,63	17,20	36,84	11,65	20,17	7,68
Motivadora	1,38	1,55	3,60	2,78	3,43	2,49	3,25	3,10
Instructora dentro de sesión	0,16	0,43	0,72	2,35	1,07	2,40	0,10	0,20
Instructora fuera de sesión	2,63	3,07	4,84	4,32	5,59	3,24	3,64	3,04
Chatting	0,55	1,41	0,99	2,81	0,84	1,54	4,48	5,54
Otras	4,01	2,29	6,14	3,71	4,99	2,55	5,43	3,15

El análisis de conglomerados para la muestra tratada desde un modelo de enfermedad dio como resultado 3 grupos que parecen mostrar sus diferencias en función de actividades clínicamente relevantes, y no en función de otros factores como el caso tratado o el terapeuta. Estas actividades serían: *Evaluación* (15,2% del total), *Explicación/Tratamiento* (33,3% del total), y *Tratamiento/Consolidación* (51,5% del total). El primero de ellos se caracteriza por un elevado porcentaje de ocurrencia de las categorías *función discriminativa general* y *función de refuerzo bajo*, además del más

alto porcentaje de *función discriminativa indicando*. El segundo de ellos cuenta con el mayor porcentaje de ocurrencia de la categoría *función informativa*, así como un elevado porcentaje de *función de refuerzo bajo*, y, aunque en menor medida, muestra los mayores porcentajes de ocurrencia de las categorías *función instructora formal fuera de sesión*, *función instructora laxa fuera de sesión* y *función motivadora*. El último, se caracteriza nuevamente por elevados porcentajes de ocurrencia de las categorías *función discriminativa general* y *función de refuerzo bajo*, tal y como ocurre en el grupo de evaluación, pero en este caso también se observa un mayor número de verbalizaciones categorizadas como *función de refuerzo medio* así como las categorías *función instructora formal dentro de sesión* y *función instructora laxa dentro de sesión*. Para una explicación detallada, ver el Capítulo IV.

En el caso del modelo psicológico las sesiones se agrupan en 4 conglomerados atendiendo a también a actividades clínicamente relevantes: *Evaluación* (18,5%), *Explicación* (21,7%), *Tratamiento* (32,6%) y *Consolidación* (27,2%). El primero presenta los niveles más altos de las variables *función discriminativa sin indicar* la dirección de la respuesta, *función discriminativa indicando* la dirección de la respuesta y *función de refuerzo bajo*. El segundo destaca por el porcentaje tan elevado de tiempo dedicado a la *función informativa*, además de presencia alta de la *función discriminativa conversacional* y de los porcentajes más altos en las *funciones motivadora* y *refuerzo alto*. El tercero presenta los porcentajes más altos en las variables *función instructora dentro de sesión* y *función instructora fuera de sesión* así como porcentajes considerables de *función de refuerzo medio* y *alto*. Por último, el cuarto presentó los mayores porcentajes de eventos categorizados como *función de refuerzo medio*, *función de refuerzo conversacional* y *Chatting*. Por último, la *función de castigo*, aunque

aparece en un porcentaje muy bajo, se duplica en las actividades *Explicación*, *Tratamiento* y *Consolidación* frente a la de *Evaluación*.

Las diferencias observadas entre ambas muestras tanto en el número de conglomerados formados en cada una de ellas como en la diferente distribución de las categorías a lo largo de éstos van en la línea del planteamiento antes expuesto: los resultados muestran la inexistencia de un patrón activo de tratamiento que caracterice esta actividad y la distinga de las otras. El refuerzo se distribuye de manera similar en los tres grupos y el castigo es prácticamente inexistente.

3.2 Análisis secuencial

Para estudiar la relación entre las verbalizaciones del usuario y del terapeuta se realizó nuevamente el análisis de significación asociada a la probabilidad de retardo +1. Los residuos ajustados y valores de Q de Yule se muestran a continuación. Se analizaron las asociaciones de las categorías *función de refuerzo* y *función de castigo* (*conductas condicionadas*) con tres grupos de variables: variables consideradas proterapéuticas, antiterapéuticas y de contenido neutral (*conductas dadas*). Tal y como se hizo en el Capítulo V, el primer grupo incluye las categorías *verbalización proterapéutica* y *seguimiento de instrucciones* en todas sus variantes. El segundo incluye las categorías *verbalización antiterapéuticas*, *no seguimiento de instrucciones* en todas sus variantes, *lenguaje desorganizado*, y *delirios y alucinaciones*. Por último, el tercer grupo incluye la categoría *proporcionar información*. A continuación se compararon estos resultados con los encontrados en la muestra de modelo psicológico. Las tablas VI.5 y VI.6 muestran los resultados obtenidos para estos análisis, destacando aquellas asociaciones más fuertes.

Cabe resaltar que el SC-CVT-EMGD (instrumento de medida para el estudio de la interacción en el modelo de enfermedad) no contempla la categoría *función de refuerzo conversacional* que sí se encuentra en el SISC- INTER- CVT (instrumento de medida para el estudio de la interacción en el modelo psicológico). Esta categoría ha sido asumida por la categoría *función de refuerzo bajo* en el SC-CVT-EMGD, por lo tanto, se comparará con esta cuando sea necesario.

Tabla VI.5. Asociación de las categorías función de refuerzo (tres niveles) y castigo con verbalizaciones proterapéuticas, antiterapéuticas y de contenido neutro – Muestra modelo de enfermedad

<i>Conductas dadas / condicionadas (retardo +I)</i>	<i>Verbalizaciones proterapéuticas agrupadas</i>	<i>Verbalizaciones antiterapéuticas agrupadas</i>	<i>Verbalizaciones neutras</i>
Refuerzo bajo	r = 23.49* Q = 0.55	r = 17.11* Q = 0.45	r = 39.83* Q = 0.70
Refuerzo medio	r = 17.87* Q = 0.71	r = 2.47* Q = 0.19	r = 10.86* Q = 0.52
Refuerzo alto	r = 12.73* Q = 0.81	r = 0.85 Q = 0.13	r = 2.82* Q = 0.31
Castigo	r = 0.34 Q = 0.05	r = 16.24* Q = 0.85	r = 2.07* Q = 0.22

r = residuos ajustados

Q = Q de Yule

*Contingencias significativas

Tabla VI.6. Asociación de las categorías función de refuerzo (tres niveles) y castigo con verbalizaciones proterapéuticas, antiterapéuticas y de contenido neutro – Muestra modelo psicológico

<i>Conductas dadas / condicionadas (retardo +I)</i>	<i>Verbalizaciones proterapéuticas</i>	<i>Verbalizaciones antiterapéuticas</i>	<i>Verbalizaciones neutras</i>
Refuerzo bajo	r = 4,03* Q = 0,27	r = 0,60 Q = 0,07	r = 29,61* Q = 0,87
Refuerzo medio	r = 22,24* Q = 0,69	r = 0,55 Q = 0,05	r = 25,44* Q = 0,71
Refuerzo alto	r = 21,76* Q = 0,79	r = -2,23* Q = -0,54	r = 13,58* Q = 0,61
Refuerzo conversacional	r = 12,59* Q = 0,38	r = 5,67* Q = 0,25	r = 62,14* Q = 0,86
Castigo	r = -1,95 Q = -0,30	r = 16,67* Q = 0,76	r = 17,49* Q = 0,75

r = residuos ajustados

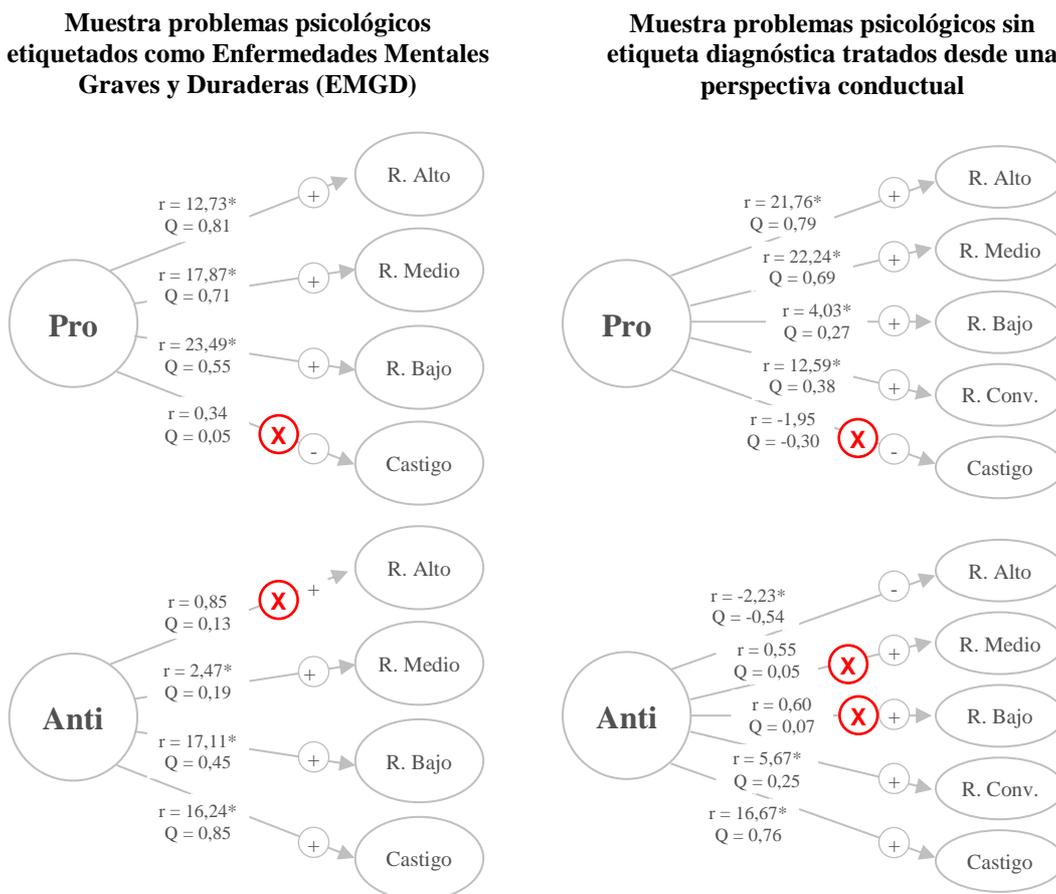
Q = Q de Yule

*Contingencias significativas

Por lo que respecta a las verbalizaciones proterapéuticas, podemos observar que en la muestra de EMGD se asocian significativamente con todos los niveles de refuerzo, aunque la asociación es más potente con el refuerzo alto. En la muestra sin diagnóstico de enfermedad, el resultado es similar y la asociación con el refuerzo alto también es la más alta. Es cuanto a las verbalizaciones antiterapéuticas, en la muestra EMGD se asocia significativamente con castigo pero también con refuerzo bajo, frente a la otra muestra, donde también se asocian con castigo pero además aparece una fuerte asociación negativa con refuerzo alto. Por último, en la muestra EMGD las verbalizaciones neutras, se asocian con todas las categorías analizadas pero en especial con refuerzo bajo, mientras que en la muestra sin diagnóstico todas las asociaciones son significativas y potentes, especialmente con refuerzo bajo, conversacional y castigo.

A continuación, la figura VI.1 resume gráficamente las diferentes asociaciones que se dan en ambos tipos de terapia.

Figura VI.1. Diagramas de transición de las relaciones significativas planteadas en las hipótesis 2 y 3 con retardo +1 entre las verbalizaciones *pro* y *anti-terapéuticas*, y las *funciones de refuerzo y castigo*



PRO = verbalizaciones pro-terapéuticas; R = Función de refuerzo; Conv. = modificador conversacional; ANTI = verbalizaciones antiterapéuticas
 +/- = Hacen referencia a la dirección en la que se estudia esa asociación. Cuando ponemos el signo positivo nos referimos a la probabilidad de que cuando aparece la conducta dada se presente la condicionada; el signo negativo representa la probabilidad significativa de que tras la conducta dada no aparezca la condicionada
 r = residuos ajustados
 Q = Q de Yule
 *Contingencias significativas

El siguiente paso fue comparar si había diferencias entre los terapeutas de las dos muestras en cuanto a la emisión de verbalizaciones potencialmente discriminativas de verbalizaciones del usuario/cliente que pudieran ser seguidas de refuerzo o de castigo. Para ello se establecieron distintas secuencias de tres términos:

- Discriminativo (indicando o sin indicar la dirección de la respuesta) → Verbalización proterapéutica → Refuerzo
- Discriminativo (indicando o sin indicar la dirección de la respuesta) → Verbalización antiterapéutica → Castigo

Nuevamente se realizó el análisis de significación asociada a la probabilidad de retardo +1, siendo las conductas dadas las cadenas propuestas, y las conductas condicionadas las categorías función de refuerzo y función de castigo. Las tablas VI.7 y VI.8 muestran los resultados de estos análisis.

Tabla VI.7. Asociación de las categorías función de refuerzo (tres niveles) y castigo con las dos cadenas propuestas – Muestra de EMGD

<i>Conductas condicionadas (retardo +1) / dadas</i>	<i>Refuerzo bajo</i>	<i>Refuerzo medio</i>	<i>Refuerzo alto</i>	<i>Castigo</i>
Discriminativo → V. Proterapéuticas	r = 13.78* Q = 0.57	r = 9.22* Q = 0.65	r = 6.68* Q = 0.72	r = 0.18 Q = 0.05
Discriminativo → V. Antiterapéuticas	r = 5.24* Q = 0.29	r = 0.37 Q = 0.06	r = -0.87 Q = -0.40	r = 1.92 Q = 0.38

r = residuos ajustados

Q = Q de Yule

*Contingencias significativas

Tabla VI.8. Asociación de las categorías función de refuerzo (tres niveles) y castigo con las dos cadenas propuestas – Muestra modelo psicológico

<i>Conductas condicionadas (retardo +1) / dadas</i>	<i>Refuerzo bajo</i>	<i>Refuerzo medio</i>	<i>Refuerzo alto</i>	<i>Refuerzo conversacional</i>	<i>Castigo</i>
Discriminativo → V. Proterapéuticas	r = 1,05 Q = 0,14	r = 7,13* Q = 0,51	r = 6,75* Q = 0,60	r = -0,19 Q = -0,01	r = -2,47* Q = -1,00
Discriminativo → V. Antiterapéuticas	r = 0,93 Q = 0,16	r = -1,87 Q = -0,48	r = -1,85 Q = -1,00	r = -3,07* Q = -0,39	r = 3,58* Q = 0,50

r = residuos ajustados

Q = Q de Yule

*Contingencias significativas

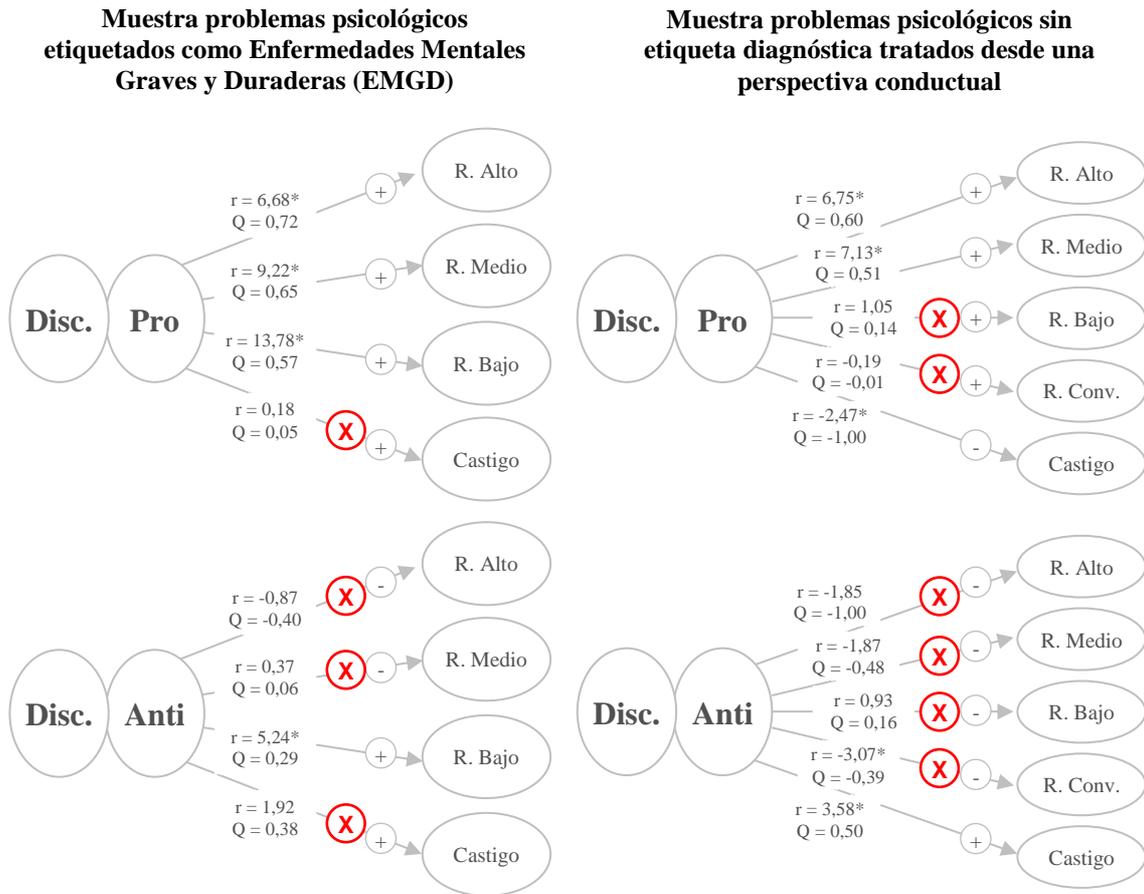
Los resultados muestran que en el caso de la cadena donde una verbalización categorizada como *función discriminativa* va seguida de una categorizada como *verbalización proterapéutica*, en las intervenciones que se adscriben a un modelo de enfermedad sí se presenta una asociación con cada uno de los niveles de la categoría *función de refuerzo* y nunca de *castigo*. En el caso de las intervenciones que siguen un modelo psicológico, tras esta misma cadena sí se observa una asociación con las categorías *función de refuerzo medio* y *función de refuerzo alto*, pero no con las

categorías *función de refuerzo bajo* o *conversacional*. Respecto a la *función de castigo*, se muestra una asociación negativa.

La cadena donde una verbalización categorizada como *función discriminativa* va seguida de una *verbalización antiterapéutica* no se ve seguida en ninguna de las dos muestras por las categorías *función de refuerzo medio* y *alto*. Pero en la muestra de intervención desde un modelo de enfermedad, estas verbalizaciones sí están asociadas significativamente a *función de refuerzo bajo*, asociación que no aparece en las intervenciones con un modelo psicológico. Por otra parte, en estas últimas las verbalizaciones antiterapéuticas discriminadas por el profesional si se asocian significativamente a la *función de castigo*.

A continuación, la figura VI.2 muestra las diferentes asociaciones que se dan en ambos tipos de terapia.

Figura VI.2. Diagramas de transición de las relaciones significativas de las cadenas de tres términos con retardo +1



Disc. = agrupación de funciones discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta e indicando; PRO = verbalizaciones pro-terapéuticas; R = Función de refuerzo; Conv. = modificador conversacional; ANTI = verbalizaciones antiterapéuticas
 +/- = Hacen referencia a la dirección en la que se estudia esa asociación. Cuando ponemos el signo positivo nos referimos a la probabilidad de que cuando aparece la conducta dada se presente la condicionada; el signo negativo representa la probabilidad significativa de que tras la conducta dada no aparezca la condicionada
 r = residuos ajustados
 Q = Q de Yule
 *Contingencias significativas

4. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que los dos tipos de intervenciones psicológicas, aplicadas desde un modelo de enfermedad o desde un modelo psicológico, respectivamente, reflejan formas distintas de proceder de los terapeutas, de acuerdo con nuestro planteamiento de partida: en el caso del modelo de enfermedad, las intervenciones son menos directivas, el uso del refuerzo es indiscriminado ya que aparece asociado tanto a verbalizaciones antiterapéuticas como

proterapéuticas y se utiliza con más frecuencia. En cuanto al uso de verbalizaciones con función de castigo, en el modelo psicológico se aprecia claramente como el terapeuta discrimina verbalizaciones antiterapéuticas para después castigarlas, algo que no ocurre en el modelo de enfermedad; por otra parte, en estas secuencias de tres términos, se identifica igualmente que las verbalizaciones proterapéuticas que el profesional discrimina tienen una relación negativa con las verbalizaciones con función de castigo, resultado que tampoco aparece en el modelo de enfermedad.

Estos resultados son coherentes con la obtención de únicamente tres conglomerados, *actividades clínicamente relevantes*, en la muestra EMGD, no existiendo una actividad de *Tratamiento* propiamente dicha donde el terapeuta sea directivo en la sesión para propiciar la ocurrencia de verbalizaciones que acercan al usuario al objetivo terapéutico para reforzarlas, al tiempo que propicia verbalizaciones antiterapéuticas que serán sistemáticamente castigadas.

El análisis de conglomerados constituye el primer paso en este análisis comparativo, y los resultados obtenidos permiten describir a grandes rasgos ambos modelos de terapia. Si tomamos como punto de referencia los resultados obtenidos en la muestra de intervención según un modelo psicológico, la terapia dominada por un modelo de enfermedad muestra un reducido grupo de *Evaluación*, seguido por uno moderado de *Explicación/Tratamiento*, y por un último gran grupo de *Tratamiento/Consolidación*; agrupación coherente con la ausencia de un proceso de evaluación exhaustivo para realizar un análisis funcional que lleve a una adecuada delimitación de los objetivos a alcanzar y un diseño de intervención que permita su alcance. Esta manera de empezar la terapia, unida a la concepción de los usuarios como enfermos crónicos, facilita, por un lado, la selección por ensayo y error, y de manera poco directiva, de las técnicas de intervención que podrían funcionar para este caso.

Esto conllevaría largos períodos de explicación de cada nueva terapia. Y por otro lado, un gran número de sesiones donde el terapeuta podría estarse limitando a evaluar la pertinencia o no de las técnicas, y cómo va evolucionando el caso, quizás bajo la asunción de que el simple hecho de acudir a terapia es terapéutico.

Pero además, analizando las diferencias observadas entre ambas configuraciones de terapia, también vale la pena resaltar el constante y elevado porcentaje de ocurrencia de la categoría *función de refuerzo bajo*, así como el reducido porcentaje de ocurrencia que se observa en general de las categorías *función de refuerzo medio* y *alto* cuando se trata de un modelo de enfermedad. Esto puede indicar que el terapeuta no utiliza de igual manera estas categorías cuando se comparan ambos modelos. Cuando se trata de un modelo de enfermedad parece que el terapeuta enfatiza menos a través del refuerzo las diferencias entre los distintos tipos de verbalizaciones que emite el usuario. Más adelante, los resultados obtenidos tras llevar a cabo el análisis secuencial permitirán ver en más detalle qué ocurre en estos casos.

Probablemente, entre las diferencias encontradas al comparar ambas muestras la ausencia de un grupo de tratamiento en el caso de la intervención desde un modelo de enfermedad podría ser la más sobresaliente. Una explicación a esto podría encontrarse al observar más detalladamente los resultados, donde se puede apreciar un escaso porcentaje de ocurrencia de las categorías *función instrucción formal* tanto dentro como fuera de sesión en el caso del modelo de enfermedad. Parece, por lo tanto, no solo que el terapeuta instruye menos cuando se adscribe a este modelo, sino que además, cuando lo hace, suele optar por instrucciones laxas. Las consecuencias inmediatas de este tipo de conducta por parte del terapeuta fueron discutidas en el Capítulo V.

Respecto a los análisis secuenciales aquí realizados, una vez más se vuelve a evaluar el uso de las categorías *función de refuerzo* y *de castigo* en terapia, en este caso estudiando las diferencias entre ambos tipos de intervención.

La función de un refuerzo es mantener o aumentar ciertas conductas por parte del usuario. Nuestro instrumento de medida contempla los diferentes tipos de verbalizaciones que comúnmente funcionan como refuerzos en nuestra sociedad; pero además, permite discriminar entre los diferentes niveles de énfasis con los que se pueden dar este tipo de verbalizaciones. En este caso, respecto al capítulo V se da un paso más, al tener en cuenta estos diferentes niveles y evaluar cómo hace uso de ellos el terapeuta.

Se observa que el terapeuta no discrimina de igual manera entre el uso de los diferentes tipo de refuerzo cuando se trata de verbalizaciones proterapéuticas, antiterapéuticas o de contenido neutral cuando se comparan ambos tipos de intervención. En el modelo de enfermedad, la categoría *función de refuerzo medio* se observa tras una verbalización neutral, y la categoría *función de refuerzo bajo* se observa de manera similar para los tres tipos de verbalizaciones. Aunque hay que tener en cuenta las diferencias respecto a la categoría *función de refuerzo bajo* que hay entre los dos instrumentos de medida, parece claro que una de las mayores diferencias entre ambas muestras se observan en esta categoría.

Este tipo de patrón de comportamiento por parte del terapeuta en el caso de las terapias basadas en un modelo de enfermedad, aunque tiene una tendencia a reforzar lo que se espera que se refuerce, puede resultar poco clarificador para el usuario, si se compara con las terapias basadas en un modelo psicológico. No explicitar de manera más clara si las verbalizaciones del usuario se aproximan algo, mucho o totalmente a los

objetivos terapéuticos, puede dificultar la comprensión por parte del usuario de qué es lo que se espera de él en terapia en cada momento.

Por supuesto, este tipo de conducta por parte del terapeuta se puede ver facilitada por la ausencia de un análisis funcional que permite trazar objetivos específicos para cada caso. En ausencia de esta herramienta, el terapeuta tiene que ir conociendo “sobre la marcha”, poco a poco, las peculiaridades del caso, e intentar ir adaptando la terapia en función de estas. De esta manera, es probable que el terapeuta no sea capaz de discriminar qué es lo más adecuado en cada caso, lo que tiene como consecuencia un uso del refuerzo más vago y errático. Pero además, la falta de conocimiento de las leyes del aprendizaje o la falta de generalización de uso consciente por parte de terapeutas que siguen un modelo de enfermedad, puede facilitar este tipo de comportamiento por parte del terapeuta.

Respecto al uso del castigo, aunque en ambos casos se utiliza este recurso tras las verbalizaciones antiterapéuticas, no se utiliza en el caso de las verbalizaciones de contenido neutral cuando se trata de un modelo de enfermedad. Estos resultados pueden estar relacionados con los elevados porcentajes de ocurrencia de las categorías discriminativo fallido y lenguaje desorganizado que se observaron en el Capítulo IV. El uso del castigo tras información neutral puede guiar al usuario respecto a la relevancia de la información proporcionada y permitir al terapeuta tener el control de la sesión. Su falta de uso en este caso puede estar asociada a la creencia común desde el modelo de enfermedad de que las sesiones de psicoterapia cuando se trata de “enfermedades crónicas y severas” pueden tener más un rol de acompañamiento a la terapia farmacológica, un espacio donde el usuario puede hablar de su día a día y desahogarse.

Dando un paso más en esta dirección, haciendo un análisis secuencial de tres términos se estudia qué ocurre cuando el terapeuta emite una verbalización categorizada

como *función discriminativa* y esta es contestada bien con una verbalización categorizada como *proterapéutica* o bien como *antiterapéutica*. En este caso la diferencia entre ambas muestras está determinada por uso de las *funciones refuerzo bajo* y *castigo*, mostrándose un mayor uso de la categoría función de refuerzo bajo y un mejor uso de la categoría función de castigo en el caso de la muestra de modelo de enfermedad.

La diferencia en el patrón de comportamiento de la *categoría función de refuerzo* entre ambas muestras puede indicar nuevamente una falta de discriminación por parte del terapeuta de aquellas aquellas verbalizaciones que deben ser reforzadas y cuáles no, y cuándo debe usarse cada nivel de refuerzo. Estos resultados son especialmente relevantes atendiendo al proceso de moldeamiento que debe darse en terapia para conseguir desarrollar e instaurar nuevas conductas. En este proceso el terapeuta iría discriminando de manera progresiva las diferentes verbalizaciones que se acercan a una meta (objetivo terapéutico), y usando los diferentes niveles de refuerzo como herramienta para ir instaurando nuevas conductas. Nuevamente, la falta de discriminación entre las distintas conductas puede dificultar la comprensión por parte del usuario acerca de cuáles son las verbalizaciones que se desean eliminar, cuales están en fase de desvanecimiento y cuáles están intentando ser instauradas.

Asimismo, el uso del castigo resulta muy poco contingente en estas secuencias en el caso del modelo de enfermedad, no castigando las verbalizaciones antiterapéuticas. Su uso puede potenciar el proceso de moldeamiento, sin embargo, ya sea por tener una visión más moralista al respecto o por cierta condescendencia con el “enfermo”, el terapeuta desaprovecha las oportunidades de usarlo.

En pocas palabras, consideramos que las principales diferencias entre estas dos formas de intervenir no se encuentren en algo tan disparatado como que unos refuercen

el contenido antiterapéutico y castiguen lo que se considera proterapéutico, y otros hagan lo contrario. En este sentido probablemente estarán todos los terapeutas en mayor o menor medida, y con ciertos matices, de acuerdo respecto a lo que es proterapéutico y lo que es antiterapéutico en terapia. Y dando un paso más, también se tendrá más o menos claro que lo primero debe reforzarse y lo segundo no. Parece, por lo tanto, que una de las principales diferencias se encuentra en la discriminación entre los diferentes niveles con los que se puede dar un hipotético refuerzo tras los diversos tipos de respuesta que puede dar un usuario. Y la otra diferencia remarcable estaría en el uso del castigo, que parece ser utilizado con más aplomo o precisión cuando se trata de una terapia desde un modelo psicológico y no cuando está dominada por un modelo de enfermedad, probablemente por las diferentes definiciones que se dan de él en ambos casos.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES FINALES

(versión en castellano)

El objetivo general del presente trabajo se planteaba la clarificación de la intervención sobre los problemas psicológicos etiquetados como enfermedades mentales graves y duraderas que, tanto desde un modelo médico como desde un modelo psicológico, se realiza bajo una concepción confusa de partida y con poca fundamentación experimental. Un ejemplo claro es su conceptualización como enfermedades crónicas sin evidencia científica de limitaciones biológicas que impidan su solución. No cabe la menor duda de que son problemas extremadamente complejos, que requieren grandes esfuerzos tanto en investigación como en práctica para ser resueltos. Estos esfuerzos deben de ir encaminados en una dirección fructífera que aporte una mayor comprensión de estos problemas y unas intervenciones psicológicas más eficaces. Este trabajo ha puesto de manifiesto cómo la mayor parte de los esfuerzos hechos por parte de la psicología están dirigidos a seguir un modelo médico que poco ayuda a clarificar las variables contextuales que juegan un rol en el origen y mantenimiento de estos problemas. Si, como hemos mencionado, el modelo seguido buscara una mayor comprensión de la problemática desde una perspectiva contextual, éste permitiría situar al psicólogo como un importante agente de cambio en la intervención, cuyo lugar ocupa ahora la medicación.

La dificultad en la solución de estos problemas parece tener mucho que ver con la complejidad del contexto próximo en el que se desarrollan. Estos contextos, que

suelen estar presentes en la vida de estas personas desde edades tempranas, son aversivos, carentes de refuerzos (especialmente los asociados a las habilidades que la persona necesita adquirir para un correcto funcionamiento en su sociedad), e incontrolables, al darse contingencias erráticas. Así, difícilmente puede la persona desarrollar las habilidades que a largo plazo necesita para adaptarse a su sociedad. Por el contrario, parece estar facilitando la adquisición de un conjunto de respuestas de evitación – especialmente las relacionadas con la evitación social – fruto de esta estimulación aversiva y cambiante. Este tipo de respuestas de evitación, a veces caracterizadas por la explosión y otras por el retraimiento, junto con la falta de habilidades, pueden facilitar a su vez la perpetuación de estos problemas al generar nuevas situaciones aversivas.

1. CONSECUENCIAS DEL USO DE UN MODELO MÉDICO EN LA SOCIEDAD

Al mismo tiempo, el contexto amplio, es decir, la sociedad, parece aportar un factor más para la perpetuación de estos problemas. Ésta, dominada por un modelo médico, suele etiquetar a estas personas desde edad temprana como “enfermos”, siendo frecuente ante este tipo de conductas frases del tipo “es bipolar”, “es depresivo”, “es límite/borderline”. Esta etiquetación puede contribuir doblemente al mantenimiento del problema. Por un lado, facilita que la persona se identifique con estas etiquetas y normalice con resignación sus comportamientos y los problemas asociados a ellas. Y por otro, cierta condescendencia que la sociedad muestra con el comportamiento de personas etiquetadas permite ganancias secundarias (evasión de responsabilidades, bajas laborales, etc.) que a su vez impiden que la persona se exponga a contingencias

normales que pondrían en marcha cambios conductuales.

Esta asunción de un modelo médico parece estar asociada a una tendencia a “patologizar” los problemas de la vida. En esta sociedad, especialmente en las sociedades más desarrolladas, la tolerancia hacia estos problemas, tal y como se expuso en el Capítulo II de este trabajo, parece haberse reducido considerablemente. Así, el malestar generado por estos problemas es interpretado como inaguantable, siendo comunes en la actualidad las visitas al médico por estos motivos, visitas que derivan en muchos casos en la prescripción de psicofármacos para darles solución. De esta manera, se dificulta que la persona adquiera las herramientas necesarias para hacerles frente, y se perpetúa este estilo de afrontamiento: el evitativo.

2. CONSECUENCIAS DEL USO DEL MODELO MÉDICO EN LA PSICOTERAPIA

En línea con lo expuesto hasta ahora, respecto a la manera en la que la sociedad puede ser un facilitador del mantenimiento de estos problemas psicológicos por el uso normalizado de explicaciones médicas a problemas de la vida, un clásico objetivo de las terapias que siguen un modelo médico es el desarrollo de la consciencia de enfermedad. Así, desde esta perspectiva, se intenta promover que la persona se visualice como enfermo, siendo común el refuerzo, incluso con efusividad, de verbalizaciones que hacen alusión a la enfermedad. Por el contrario, desde un modelo conductual, un objetivo común a todos los problemas psicológicos es la comprensión del análisis funcional que explica su conducta. En este caso, resultan antiterapéuticas, y son castigadas o extinguidas, justificaciones de sus conductas que serían aceptables desde un modelo de enfermedad. Esta constituye una de las principales diferencias entre

ambos modelos, y de ella podrían derivar muchas más.

Asumir una conceptualización de enfermedad, cuyo principal agente de cambio es el psicofármaco, deriva en que uno de los principales objetivos sea la adherencia a dicha medicación. No obstante, son muchos los esfuerzos que se han hecho desde el modelo médico para incorporar en las terapias otra serie de objetivos encaminados a dotar de habilidades a la persona que les permitan sobrellevar mejor la enfermedad. Así, muchas terapias incluyen entrenamiento en solución de problemas, habilidades sociales o habilidades orientadas a la reinserción laboral. Sin embargo, los objetivos a alcanzar al entrenar este tipo de habilidades no se hacen en función del análisis funcional del caso. Esto deriva en objetivos abstractos y poco operativizados, lo cual constituye otra de las grandes diferencias en terapia entre ambos tipos de aproximación, ya que aunque se usen las mismas técnicas de intervención en una terapia psicológica y en una basada en modelo de enfermedad, la delimitación de objetivos desde la modificación de conducta está claramente operativizada y no condicionada por una etiqueta de cronicidad.

Uno de los planteamientos de este trabajo es que las diferencias entre ambos tipos de terapia no solo están en la delimitación de los objetivos o el proceso de elecciones de las técnicas a utilizar, sino también, un análisis más minucioso permitiría ver cómo las contingencias puestas en marcha en ambos casos podían ser diferentes. Los resultados obtenidos han permitido alcanzar el objetivo planteado al inicio de este trabajo de acercarnos a la comprensión de estas terapias. Este estudio nos permite entender mejor, no solo el papel que está jugando el terapeuta en sesión, sino también cómo el contexto – ya sea dentro o fuera de terapia – puede jugar un papel en el desarrollo y mantenimiento de estos problemas.

3. CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS

A continuación se detallan los avances realizados tras los estudios empíricos llevados a cabo en este trabajo.

3.1 Actividades clínicamente relevantes

Las actividades que lleva a cabo un psicólogo desde un modelo conductual para poder alcanzar los objetivos que se plantean en terapia son: evaluar, explicar, tratar y consolidar los cambios. El desarrollo de estas actividades permite al terapeuta la delimitación de objetivos concretos intermedios y finales, dar claras directrices que permiten alcanzarlos a través de un proceso de moldeamiento y consolidar los cambios alcanzados, todo ello posible gracias al estudio detallado de los mecanismos que juegan un rol en el origen y, especialmente, en el mantenimiento del problema psicológico en cuestión. Sin embargo, en ausencia de análisis funcional, estas actividades parecen desdibujarse, quedando la labor del terapeuta centrada en la evaluación, la explicación y la consolidación, con pocos momentos dedicados a tratamiento propiamente dicho. Esta configuración de la terapia se puede ajustar en gran medida a esa labor de acompañamiento al tratamiento psicofarmacológico que se le confiere al terapeuta desde un modelo de enfermedad. Así, la labor del terapeuta sería evaluar la adherencia a la medicación y la consciencia de enfermedad, y dotar al usuario de habilidades para llevar de la mejor manera posible su problema. De esta manera, se desaprovecharía el potencial de la terapia como un contexto para el cambio de conducta.

3.2 Secuencias funcionales

Este estudio ha permitido llevar a cabo un análisis de relación inmediata existente entre la conducta verbal de terapeutas y usuarios. El análisis de esta relación se ha hecho en ambas direcciones, permitiendo observar qué hace el terapeuta tras diferentes tipos de conductas verbales emitidas por el usuario, así como qué hace el usuario tras diferentes hipotéticas funciones por parte del terapeuta. Los resultados obtenidos muestran la influencia recíproca entre la conducta de ambos protagonistas de la intervención. Así, se ha podido ver cómo cuanto más directivo es el terapeuta respecto a las instrucciones que emite, mejor es la respuesta que emite el usuario. No obstante, también se ha visto cómo el terapeuta muestra cierta reticencia al uso del castigo tras verbalizaciones antiterapéuticas, especialmente ante la constatación de que no se van a seguir o no se han seguido las instrucciones, así como tras verbalizaciones relacionadas con el concepto de enfermedad, como son las expresiones de la denominada sintomatología positiva. Por último, se ha visto cierta falta de consistencia a la hora de usar las diferentes verbalizaciones categorizadas dentro de los distintos hipotéticos niveles de refuerzo. Se observa cómo el terapeuta en algunas ocasiones refuerza con la misma intensidad verbalizaciones de contenido proterapéutico y aquellas de contenido neutral, y cómo incluso emite verbalizaciones consideradas como refuerzo altos ante verbalizaciones antiterapéuticas.

Estos resultados pueden indicar ciertas similitudes entre el contexto próximo en el que se mantienen estos problemas, y el contexto terapéutico. Recordando que estos problemas pueden estar mantenidos por la evitación de estimulación aversiva y la carencia de habilidades para acceder a potentes refuerzos demorados, la carencia de instrucciones y el uso poco consistente del refuerzo y del castigo no solo impide la adquisición de las habilidades que necesita la persona, sino que la expone a un contexto

errático y condescendiente similar al que mantiene los problemas fuera de sesión.

3.3 La interacción terapéutica como forma de distinguir entre el modelo de enfermedad y el modelo psicológico

Comparar la actuación de los terapeutas que llevan a cabo intervenciones desde un modelo médico frente a aquellos que se basan en un modelo psicológico ha permitido observar que su manera de proceder es diferente. Como se ha descrito, los resultados parecen reflejar una falta de directividad, contundencia y consistencia por parte de los terapeutas del modelo médico, así como el uso poco consistente de dos herramientas especialmente potentes en terapia: el refuerzo y el castigo. La falta de consistencia en el uso del refuerzo y de las instrucciones puede tener su explicación en el papel que se otorga al terapeuta como agente de cambio. Si el terapeuta considera, tal y como se hace desde el modelo psicológico, que el problema que está tratando es el resultado de un proceso de aprendizaje, va a intervenir de una forma más directa sobre dicho proceso para modificarlo a través de reforzadores o castigos. Esto es lo que entiende como un proceso de moldeamiento. Por lo tanto, va a tener mucho más en consideración las verbalizaciones que quiere modificar para que luego eso dé como resultado una modificación posterior de otras conductas. Si por el contrario, como pasa en un ambiente más médico, el terapeuta considera que el problema que está tratando es el resultado de una enfermedad o un problema orgánico, el papel que se confiere como agente de cambio es mucho menor. Por lo tanto, el terapeuta no va a estar tan pendiente de los reforzadores o castigos, haciendo un uso más vago de ellos, porque no les confiere tanta importancia o no los considera tan responsables del potencial de cambio.

En el caso concreto del uso del castigo, otros modelos teóricos que no son el análisis funcional de la conducta generalmente parten de una concepción más moralista

entendiéndolo como un procedimiento de control aversivo indeseable, por lo que tenderán a utilizarlo menos. Por otro lado, en la terapia de conducta el castigo parte de una concepción mucho más técnica, lo cual explica que se emplee en mayor medida y se aplique con menos pudor. Desde este punto de vista, un castigo sería cualquier consecuente que disminuye las probabilidades de ocurrencia futura de un determinado comportamiento, lo cual se inserta mucho mejor en la lógica de un proceso de moldeamiento. Es un estímulo que se puede utilizar exactamente igual que un reforzador. De hecho, desde una perspectiva conductual, los efectos del castigo y del refuerzo se retroalimentarían y potenciarían mutuamente, por lo que su uso está perfectamente legitimado y además se demuestra efectivo.

A la luz de lo anterior, parece que lo que más diferencia ambas muestras no es tanto el diagnóstico, la cantidad de medicación (aunque no en todos los casos) o el posible internamiento, sino sobre todo el modelo de partida del terapeuta: modelo médico (enfermedad) frente a modelo psicológico (problema de conducta).

4. POSIBLES MEJORAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Si bien en el presente trabajo se ha hecho un gran esfuerzo por seguir un método sólido que llevara a la obtención de unos resultados significativos y relevantes, hay algunos aspectos que podrían redundar en una mejora de los estudios realizados. A continuación exponemos algunos de los elementos que, a nuestro juicio, mejorarían este trabajo, no solo con una finalidad descriptiva, sino también para que explicitar nuestro firme propósito de incluirlas en futuros estudios.

4.1 Estudio I

La depuración del instrumento de medida y su uso en una población que no había sido estudiada previamente por esta línea de investigación ha permitido no solo mantener sino incluso aumentar sus garantías científicas. Se debe hacer especial mención a las mejoras logradas en la validez orientada al criterio. Esta evalúa en qué medida se detectan las variaciones del fenómeno que se está estudiando, en este caso, la conducta verbal de terapeutas y usuarios. Se pudo constatar que el SISC-INTER-CVT no podía detectar las variaciones detectadas en la nueva muestra estudiada con la misma efectividad con la que era capaz de hacerlo en la muestra previamente estudiada. Esto se debía a que la morfología de respuesta del usuario es acentuadamente diferente a la estudiada previamente debido a la particularidades del tipo de terapia, enmarcada dentro de un modelo médico, y el tipo de problemas psicológicos presentes. Sin embargo, la depuración del instrumento de medida, dando como fruto el SC-CVT-EMGD permitió solventar el problema. A modo de reflexión, consideramos que este instrumento medida podría ser mejorado en varios aspectos:

- A medida que se realizaba esta tesis doctoral, en esta línea de investigación se hacían nuevos avances respecto a algunas de las categorías incluidas en el SISC-CVT. En concreto se estudiaban las categorías *función informativa*, *función instructora* y *función motivadora*. Sería de gran interés hacer una incorporación de éstos en el subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT), que permitiera dar una versión más ajustada de cada una de las funciones que cumple el terapeuta a lo largo de la intervención.
- El instrumento de medida SC-CVT-EMGD se ha centrado en la detección de procesos de condicionamiento operante en sesión. Independientemente de la posible explicación teórica por parte de los autores que basan la relación

terapéutica apoyándose principalmente en procesos derivados del condicionamiento operante (Hamilton, 1988; Rosenfarb, 1992), consideramos que nuestro propio instrumento de medida y sistema de grabación (que actualmente enfoca únicamente al terapeuta) no permite apreciar las respuestas pavlovianas que se podrían dar en la clínica. Por otra parte, el estudio de las posibles asociaciones pavlovianas que el terapeuta podría utilizar a través del lenguaje es otro gran campo de estudio de futuro (Froján, Núñez de Prado y de Pascual, en prensa).

- En lo referente a la conducta verbal del usuario o cliente, la depuración del instrumento de medida se ha centrado en detectar las peculiaridades de esta muestra. Sin embargo, sería de gran utilidad poder depurar el sistema con una muestra más amplia y variada que permita hacerlo sensible a las diferentes morfologías de respuesta que pueden presentar las personas que acuden a terapia independientemente de la problemática tratada y del modelo teórico utilizado por el terapeuta.

Atendiendo a la ocurrencia de ciertas categorías en esta muestra, los bajos porcentajes de algunas de ellas, especialmente la categoría *función de castigo*, dificultaron su estudio. Esto hizo que se optara por prescindir de la información que proporcionan sus modificadores. Para poder hacer un análisis más detallado de su papel en terapia, consideramos que resultaría de gran ayuda aumentar la muestra en próximos estudios.

Por último, analizar la distribución en los diferentes conglomerados encontrados de las diferentes categorías que recogen la conducta verbal del usuario incluidas en el SISC-CVU permitiría una mejor comprensión del proceso terapéutico en esta población.

Concretamente, conocer cómo se distribuyen las categorías *verbalización pro* y *antiterapéutica* en los diferentes grupos formados permitiría saber en qué fases el usuario responde una manera más positiva a la terapia, y si las *verbalizaciones antiterapéuticas* están más asociadas a procesos de evaluación o si sigue otro patrón de ocurrencia. Esta información permitiría generar nuevas hipótesis acerca de las hipotéticas secuencias funcionales que pueden explicar este proceso terapéutico.

4.2 Estudio II

Aunque creemos que los análisis aquí presentados suponen un avance en el estudio del comportamiento de terapeutas y usuarios en la intervención de EMGD desde un modelo de enfermedad, esto solo constituye un primer paso y son muchos los aspectos que se pueden mejorar o completar. A continuación detallamos algunas alternativas que consideramos especialmente interesantes:

- Hacer un estudio más exhaustivo de la *función discriminativa*, especialmente aquella que indica la dirección de la respuesta, facilitando el proceso de moldeamiento. Para esto, se podría realizar un análisis secuencial de tres términos que permitiese detectar si la respuesta emitida por el usuario va en la dirección indicada por el terapeuta. Así, se podría comprobar si el terapeuta emite de manera consistente verbalizaciones categorizadas como refuerzos y castigos tras estas secuencias, facilitando o no un proceso de moldeamiento.
- Conocer el papel de las operaciones de establecimiento englobadas en las categorías *informativa* y *motivadora* en el seguimiento de instrucciones. Para esto, no solo se deberían incorporar los avances en esta línea de investigación en el estudio de estas dos categorías sino también hacer análisis secuenciales de tres

términos que permitan ver su papel cuando acompañar a las instrucciones en la población estudiada.

4.3 Estudio III

La comparación entre ambos modelos de terapia y distintos problemas psicológicos ha sido de utilidad en cuanto a la información que ha arrojado acerca de qué es lo que diferencia el quehacer clínico y las morfologías de respuesta de los clientes o usuarios en cada caso. Consideramos que continuar este tipo de estudios puede ayudar a comprender el papel del psicólogo como agente de cambio cuando se trata de EMGD. Concretamente:

- En este estudio se ha analizado lo que hace el terapeuta tras las verbalizaciones del usuario, pero sería interesante conocer qué hace el usuario tras las verbalizaciones emitidas por el terapeuta, con la finalidad de estudiar el efecto inmediato que pueden tener la conducta verbal del terapeuta en ambos casos.
- En esta misma dirección, sería de gran utilidad comparar terapeutas entrenados en terapia de conducta frente a aquellos que siguen un modelo médico e incluir, además del análisis detallado de la interacción, indicadores de efectividad y eficiencia. Esto permitiría comprobar la validez de nuestros planteamientos, y confirmar que, efectivamente, esta manera de proceder más laxa o menos directiva repercute en unos resultados más pobres.

5. CONCLUSIÓN GENERAL

El presente trabajo supone una contribución inicial a la comprensión de los procesos de cambio terapéutico que operan cuando se tratan problemas psicológicos considerados crónicos desde una perspectiva médica. En lo referente a esta línea de investigación, ha permitido analizar por primera vez la interacción verbal en terapia con una población marcadamente diferente. Esto ha permitido comprobar cómo la metodología desarrollada en esta línea es válida para aproximarse al estudio de la interacción terapéutica llevada a cabo desde otras aproximaciones teóricas, y estudiar los procesos que se dan no solo en las terapias de conducta sino también en aquellas que siguen un modelo médico.

Sabemos que todavía queda un largo camino por recorrer para comprender mejor el papel de las diferentes hipotéticas funciones de la conducta verbal del terapeuta sobre la conducta del cliente o usuario. Esperamos que los resultados obtenidos en el presente trabajo sirvan como un paso más para seguir clarificando cómo se comportan terapeuta y usuario en sesión, y cómo afecta esto al resultado final. También esperamos que estos primeros avances permitan clarificar algunos aspectos a los psicólogos clínicos que desempeñan su labor en la difícil tarea de intervenir sobre las denominadas EMGD. Así, como se ha dicho anteriormente, de nuestros resultados se desprende que el terapeuta asume un papel menos directivo cuando trata este tipo de problemas psicológicos. Esta falta de directividad parece tener consecuencias inmediatas en la conducta verbal del usuario, asumiendo un mayor compromiso de realización de las tareas terapéuticas cuando el terapeuta instruye de manera clara y específica, que cuando se instruye de manera laxa. Por lo tanto, consideramos que estos resultados podrían estar indicando que la adopción de un modelo médico desde la psicología puede

restar su importancia como agente de cambio. Tal y como se ha dicho previamente, el uso del análisis funcional, herramienta fundamental de evaluación psicológica, podría facilitar ir hacia esta dirección al ayudar a comprender el papel del contexto y conceptualizar las EMGD como problemas de conducta.

CHAPTER VII

FINAL CONCLUSIONS

(English version)

The general goal of this work was to shed some light on the intervention of psychological problems labelled as severe and persistent mental illness (SPMI) which, in both the medical model and the psychological model, is conducted under a confusing starting point and with limited experimental foundation. A clear example is its conceptualisation as chronic diseases without scientific evidence of biological limitations that prevent its remedy. There is no doubt that these are extremely complex problems, which require great efforts both in research and in practice in order to be solved. Such efforts should be directed in a fruitful direction to provide a greater understanding of these problems and lead to more effective psychological interventions. This work has revealed how most of the efforts made by psychology are aimed at following a medical model that does little to clarify the contextual variables that play a role in the origin and maintenance of these issues. If, as mentioned, the model followed sought a greater understanding of the problem from a contextual perspective, this would allow identifying the psychologist as an important agent of change in the intervention, role which is currently played by medication.

The difficulty in solving these problems seems highly associated with the complexity of the contexts in which they develop. These contexts, which often start at an early age and present erratic contingencies, are aversive, uncontrollable and lacking reinforcement (especially those associated with the skills that the person needs to

acquire to function in their society). Thus, people with such issues can hardly develop the skills needed to adapt to society in the long term. On the contrary, these contexts seem to facilitate the acquisition of a set of avoidance responses – especially those related to social avoidance – as a result of this aversive and ever changing stimulation. This type of avoidant responses, characterised by explosive and withdrawn behaviours, together with a lack of skills, can in turn facilitate the perpetuation of these problems by generating new aversive situations.

1. CONSEQUENCES OF THE USE OF A MEDICAL MODEL IN SOCIETY

Considering the broader context of society, it seems to be an additive factor to the perpetuation of these issues. Society in general, which is dominated by a medical model, tends to label individuals with these problems as “*sick/ill*”. In this sense, the use of expressions such as “*he/she is bipolar*”, “*he/she is depressive*” or “*he/she is limited/borderline*” is frequent in today’s society. Such labelling can have a double impact on the problem: Firstly, it makes it easier for the person to feel identified with such labels and to normalise with resignation their behaviours and the issues associated with them. Secondly, the certain degree of compassion from society towards these labelled individuals allows secondary gains (evasion of responsibilities, work leaved, etc.) that in turn prevent them from exposing themselves to normal contingencies that would initiate behavioural changes.

This assumption of a medical model seems to be associated with a tendency to “pathologise” the problems of life. In this society, especially in more developed ones, tolerance towards these problems, as discussed in Chapter II of this paper, appears to have decreased considerably. As a consequence, the discomfort generated to society by

these problems is interpreted by the individuals suffering them as unbearable. This typically drives visits to the doctor that in many instances lead to the prescription of psychoactive drugs. This in turn makes it harder for these individuals to acquire the necessary tools to confront their issues and perpetuates avoidant behaviours.

2. CONSEQUENCES OF THE USE OF A MEDICAL MODEL IN PSYCHOTHERAPY

In line with the above, regarding the way in which society can be a facilitator of the maintenance of these psychological problems by the standardised use of medical explanations to life problems, a classic objective of medical model therapies is the development of an awareness of illness in the individual. This perspective promotes that people see themselves as “*sick/ill*” and it is therefore common to witness the – sometimes even effusive – reinforcement of verbalisations that allude to the illness. On the contrary, from a behavioural model, a common goal for all psychological problems is the comprehension of the functional assessment that explains their behaviour. In this case, any argument from the medical model accepting/justifying certain behaviours would be considered anti-therapeutic, and should be punished or extinguished. This constitutes one of the most fundamental differences between the two models, which can lead to a number of other discrepancies.

Under the framework of an illness conceptualisation where the main agent of change is the psychoactive drug, it is no surprise that one of the main goals is the adherence to such medication. However, the medical model has also made many efforts to incorporate another set of objectives in therapies aimed at providing the person with skills to better cope with the illness. Some examples include problem-solving training,

social skills training, or training of skills geared toward labour reinsertion. However, the objectives followed with these trainings are not established according to a functional assessment of the case, which ultimately results in abstract and poorly operationalised goals. This constitutes another significant difference in therapy between the two approaches despite the use of similar intervention techniques: the behavioural model has clearly operationalised objectives that are not affected by any “chronicity tag”.

One of the propositions of this work is that the differences between both types of therapy are not limited to the definition of the objectives or the process to choose the techniques to be used. A more detailed analysis would allow us to see how the contingencies put in motion in both cases could be different. The results obtained have allowed us to meet our initial objective of shedding some light on the intervention of SPMIs. This study allows us to better understand not only the role the therapist is playing in session but also how the context – be it in or out of therapy – can play a role in the development and maintenance of these problems.

3. KEY TAKEAWAYS FROM EMPIRICAL STUDIES

We will now provide details on the progress made following the empirical studies carried out in this work.

3.1 Clinically relevant activities

In a behavioural model, the activities carried out by a psychologist in order to reach the proposed goals in therapy are: evaluate, explain, treat and consolidate the changes. The development of these activities allows the therapist to establish specific intermediate and final objectives; give clear guidelines in order to achieve them through

a process of shaping; and consolidate the changes achieved. This is all possible thanks to the detailed study of the mechanisms that play a role in the origin and especially in the maintenance of the psychological problem in question. However, in the absence of a functional assessment, these activities seem to lose focus. In this case, the therapist's work gets reduced to evaluate, explain and consolidate, dedicating very few moments to the treatment. This may be driven by the medical model's approach to therapy as an "accessory" to the psychopharmacological treatment. Under such treatment, the therapist's role would be limited to evaluate the adherence to medication and the awareness of illness in the individual, and to provide him/her with the skills to best cope with the problem. This would ultimately disregard the potential of therapy as a context to achieve behavioural change.

3.2 Functional sequences

This study has made it possible to carry out an analysis of the immediate relationship between the verbal behaviour of therapists and users. This analysis was conducted in both directions, observing what the therapist does after various types of verbal behaviours from the user, and vice versa. The results obtained show the reciprocal influence between the behaviour of both parties of the intervention: We have witnessed how the more directive the therapist is with regard to the instructions that he/she gives, the better the response the user emits. Further, we have also noticed that the therapist refrains from using punishment following anti-therapeutic verbalisations. This is especially true after the realisation that the user will not – or has not – followed the instructions, as well as after expressions of the so-called positive symptoms. Finally, we have seen a certain lack of consistency in the use of different verbalisations categorised within the different hypothetical levels of reinforcement: The therapist

sometimes reinforces with the same level of strength both pro-therapeutic and neutral verbalisations, and sometimes even expresses *strong reinforcements* following anti-therapeutic verbalisations.

These results may indicate certain similarities between the immediate context in which these problems are maintained, and the therapeutic context. Recalling that these problems may be sustained by avoidance of aversive stimulation and lack of skills to access potent delayed reinforcements, the lack of instructions and the inconsistent use of reinforcement and punishment not only hinders the acquisition of the skills that the person needs, but exposes him/her to an erratic and compassionate context similar to that which keeps problems out of session.

3.3 Therapeutic interaction as a formula to differentiate the medical (illness) model and the psychological model

Comparing the performance of therapists who carry out interventions from a medical model versus those based on a psychological model has shown that their behaviour is different. As described, the results seem to reflect a lack of directivity, strength and consistency on the part of the therapists of the medical model, as well as the inconsistent use of two especially powerful tools in therapy: reinforcement and punishment. The lack of consistency in the use of reinforcement and instructions can be explained in the role given by the therapist as an agent of change. If the therapist considers, as it is done from the psychological model, that the problem he/she is treating is the result of a learning process, he/she will intervene more directly to modify it through reinforcements or punishments. This is commonly known as a shaping process. Therefore, the therapist will focus on the verbalisations to be modified in order to drive a subsequent change of other behaviours. If, on the contrary, as happens in a more

medical environment, the therapist considers that the problem he/she is treating is the result of an illness or an organic problem, the role conferred as an agent of change is much less. As a consequence, the therapist is not going to focus so much on reinforcements or punishments, using them more vaguely as he/she does not give them much value or does not consider them as relevant for the change.

Looking at the specific case of the use of punishment, theoretical models different from the functional assessment of behaviour usually start from a more moralistic conception of this tool. They conceive punishment as an undesirable aversive control procedure, thus tending to use it less. On the contrary, the concept of punishment in behavioural therapy is approached much more technically, explaining why it is used more frequently: From this standpoint, a punishment would be nothing but any consequent that diminishes the probabilities of future occurrence of certain behaviours. This interpretation fits much better in the logic of a shaping process, being considered a stimulus that can be used in exactly the same manner as the reinforcement. In fact, from a behavioural perspective, the effects of punishment and reinforcement would feedback and mutually reinforce each other, so that their use is perfectly legitimate and effective.

In light of the above, it seems that the difference between the two samples is not so much the diagnosis, the amount of medication (although not in all cases) or the possible hospitalisation, but more notably the therapist's model: medical model ("illness") versus psychological model (behavioural problem).

4. POTENTIAL IMPROVEMENTS AND FUTURE RESEARCH AREAS

Even though a great effort has been made in this work to follow a solid method that leads to relevant results, there are certain aspects that could lead to an improvement of the studies carried out. The following are some of the elements that, in our opinion, would improve this work. Our aim is not only to describe potential enhancements, but also to make an explicit commitment to include such adjustments in future studies.

4.1 Study I

The review of the measurement instrument and its use in a new type of population not studied previously by this group has allowed us to confirm and improve its scientific guarantees. We highlight the improvements achieved in criterion-oriented validity, which assesses the extent to which the variations of the phenomenon under study are detected. In our case, such phenomenon is the verbal behaviour of therapists and users. We could verify that the previously used SISC-INTER-CVT could not identify certain variations detected in the new sample with the same effectiveness as in previous samples. This was due to the markedly different morphology of the user's response compared to previous studies driven by the specificities of the type of therapy – framed under a medical model – and the type of psychological problems. The review of the measuring instrument resulting in the SC-CVT-EMGD enabled us to solve this issue. Nevertheless, we consider that this new instrument could be further improved in several ways:

- As this doctoral thesis developed, our line of research made further progress with regard to some of the categories included in the SISC-CVT. More precisely, the following categories were studied: *informative function*,

instructive function and *motivating function*. We think it would be of great interest to incorporate these functions into the subsystem of categorisation of the therapist verbal behaviour (SISC-CVT). This would drive a more precise version of each of the functions that the therapist fulfils throughout the intervention.

- The SC-CVT-EMGD measurement instrument focuses exclusively on the detection of operative conditioning processes in session. Regardless of the theoretical explanation by authors who base the therapeutic relationship mainly on processes derived from operant conditioning (Hamilton, 1988; Rosenfarb, 1992), we believe that our measurement instrument and recording system – which currently points and visually records the therapist – does not allow us to detect potential Pavlovian responses happening in the clinic. The study of the possible Pavlovian associations that the therapist could use using language constitutes another large field of study for the future (Froján, Núñez de Prado y de Pascual, in press).
- Regarding the verbal behaviour of the user/client, the review of the measuring instrument focused on detecting the peculiarities of this sample. However, it would be very useful to be able to review the system with a wider and more varied sample. This way, the instrument would become sensitive to the different morphologies of response from people who come to therapy, regardless of the problem and the theoretical model used by the therapist.

Certain categories in this sample, especially the category *punishment*, became difficult to study given their low occurrence in the sample. We therefore decided to ignore the information provided by its modifiers. In order to make a more detailed analysis of their role in therapy, we believe that it would be very helpful to increase the

sample in future studies.

Finally, analysing the distribution of the different categories of the user's verbal behaviour – included in the SISC-CVU – across the different clusters would allow a better understanding of the therapeutic process in this population. More precisely, knowing the distribution of the categories *pro-* and *anti-therapeutic verbalisation* across the different clusters would allow us to identify in which phases the user responds more positively to therapy. It would also allow us to see if *anti-therapeutic verbalisations* are more associated to evaluation processes or if they follow a different occurrence pattern. All this information would enable us to generate new hypothesis regarding hypothetical functional sequences that can explain the therapeutic process.

4.2 Study II

Although we believe that the analyses presented here represent a step forward in the study of therapists' and users' behaviour in intervention of SPMI from a medical model, this is only a first step and many aspects can be improved or completed. Here are some alternatives that we find particularly interesting:

- Deeper study of the *discriminative function*, in particular the one indicating the direction of the response, facilitating the shaping process. For this, we believe that a sequential analysis covering three terms could be conducted to figure out if a user's response goes in the direction indicated by the therapist. This would allow us to check if the therapist consistently delivers reinforcements and punishments after these sequences, ultimately facilitating – or not – the shaping process.
- Learning the role of the establishing operations included in the *informative* and *motivating* categories vis-à-vis the follow-up of instructions. In order to do so,

not only should we incorporate the advances made by this research group in these two categories, but we should also conduct three-term sequential analyses that allow us to see their role when accompanying instructions in the population studied.

4.3 Study III

The comparison between both models of therapy and different psychological problems has been useful in terms of the information that has yielded about the differences in clinical practices/endeavours and the morphologies of response by clients/users in each case. We believe that continuing this type of studies can help us understand the role of the psychologist as an agent of change when it comes to SPMI.

More precisely:

- Whilst this study has analysed what the therapist does after the verbalisations of the user, it would be interesting to know what the user does after the therapist's verbalisations. This would allow us to study the immediate effect that the verbal behaviour of the therapist can have in both cases.
- In this same direction, it would be very useful to compare therapists trained in behavioural therapy versus those who follow a medical model and include, in addition to the detailed analysis of the interaction, indicators of effectiveness and efficiency. We would therefore be able to verify the validity of our approach and to confirm that, indeed, a more lax or less directive approach results in poorer outcomes.

5. GENERAL CONCLUSION

The present work represents an initial contribution to the understanding of the

therapeutic change processes that operate when treating problems considered chronic from a medical perspective. As regards this line of research, this work has allowed us to analyse for the first time the verbal interaction in therapy of a noticeably different population. We have been able to verify how the methodology developed by this line is valid and applicable to approach the study of therapeutic interaction carried out from other theoretical approaches. We have also been able to study the processes that take place, not only in behavioural therapies but also in those following a medical model.

We know there is still a long way to go to better understand the role of the different hypothetical functions of the therapist's verbal behaviour on the behaviour of the client/user. We hope the results obtained in this work serve as step forward to further clarify how therapist and user behave in session, and how this affects the final outcome of the therapy. We also hope that these first advances will clarify some aspects to the clinical psychologists who carry out the challenging task of intervening on the so-called SPMI. As mentioned before, our results show that the therapist assumes a relatively less directive role when treating this type of psychological problems. This lack of directivity seems to have immediate consequences on the verbal behaviour of the user, who assumes a greater commitment to perform the therapeutic tasks when the therapist instructs in a clear and specific way – compared to when loosely instructed. We therefore believe that these results could be indicating that the adoption of a medical model can subtract the therapist relevance as an agent of change. As previously mentioned, the use of the functional assessment – fundamental psychological evaluation tool – could facilitate the move in this direction by helping understand the role of the context and to conceptualise the SPMI as behavioural problems.

REFERENCIAS

- Allen, N. B., y Badcock, P. B. (2003). The social risk hypothesis of depressed mood: evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives. *Psychological bulletin*, 129(6), 887.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151 (Suppl. 1), 1-36.
- American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.
- Andrews, H. B. (2000). The Myth of the Scientist-Practitioner: A Reply to R. King (1998) and N. King and Ollendick (1998). *Australian Psychologist*, 35(1), 60-63.
- Arnow, B. A., y Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 893-905.
- Ayllon, T., y Azrin, N. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*, East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts
- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C., y Herbert, J. D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*, 5(2), 166-174.
- Bach, P., y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129-1139.

- Bach, P., y Moran, D. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Baer, D. M., y Rosales-Ruiz, J. (1998). In the analysis of behavior, what does “develop” mean? *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 24, 127-136.
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H. T. Reis y C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., Adamson, L. B. y Strisik, P. (1995). Lags and Logs: Statistical Approaches to Interaction (SPSS version). En J. M. Gottman (Ed.), *The Analysis of Change* (pp. 279-308). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bakeman, R. y Gottman, J. M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 1986)
- Bakeman, R. y Gottman, J. M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis* (2a ed.). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1994). *Analyzing interaction: sequential analysis with SDIS and GSEQ*. Melbourne: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., Quera, V., McArthur, D. y Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2, 257-370.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., y Hennen, J. (2001). Treating the suicidal patient with bipolar disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 24-43.

- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. y Siqueland, L. (2000). Alliance predicts clients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027- 1032.
- Barraca-Mairal, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 8(1), 23-50.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P y Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med*, 10(5), e1001454.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., y Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., Beresford, T, Kilbourne, A. M., y Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatric services*, 57(7), 927-936.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 4: 368-375.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Becoña, E., y Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(3), 511-522.
- Bedell, J. R., y Lennox, S. S. (1994). The standardized assessment of cognitive and behavioral components of social skills. *Psychological assessment and treatment*

- of persons with severe mental disorders*, 58-73.
- Bell, A. C., y D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 348-353.
- Bellack, A. S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 375.
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., ... y Patterson, T. L. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia bulletin*, 33(3), 805-822.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., y McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 568-579.
- Benish, S., Quintana, S.M., y Wampold, B.E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and legitimacy of myth: A direct comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 279-289.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist Variables. En M.J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5a ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Bhugra, D. (2010). Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. *The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, United Kingdom*, 485.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Hawley, L.L., y Auerbach, J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy research*, 20(1), 37- 54.

- Bond, G. R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 345.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., y Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141-159.
- Bourque, F., Van der Ven, E., y Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 41(05), 897-910.
- Boydell, J., Van Os, J., McKenzie, K., Allardyce, J., Goel, R., McCreadie, R. G., y Murray, R. M. (2001). Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *Bmj*, 323(7325), 1336.
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., y Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 196(2), 116-121.
- Cade, J. F. (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Medical Journal of Australia*. 2(1949), 349-352.
- Callaghan, G. M., Naugle, A. E., y Follette, W. C. (1996). Useful constructions of the client–therapist relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 381.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single- subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321- 339.

- Cantor-Graae, E., y Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.
- Carrasco Giménez, T. J. (2014) Análisis funcional de la conducta “delirar”. Manuscrito no publicado, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de Facultad de Psicología, Universidad de Granada, España.
- Castonguay, L. G., y Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, US: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., y Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271.
- Catania, A. C. (1992). *Learning* (3a ed.). Englewood Cliffs, NJ, U. S.:Prentice Hall
- Cerutti, D. T. (1989). Discrimination theory of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51(2), 259-276.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., y Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(04), 403-412.
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7.
- Chessick, C. A., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Allen, M. H., Morris, C. D., y Marangell, L. B. (2007). Current suicide ideation and prior suicide attempts of bipolar patients as influences on caregiver burden. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 482-491.
- Churchill, R., Moore, T. H., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., ... y Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *The Cochrane Library*.

- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Geddes, J. R., Higgins, J. P., Churchill, R., ... y Tansella, M. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 373(9665), 746-758.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., y Scott, J. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders*, 7(s5), 32-36.
- Comaty, J. E., Stasio, M., y Advokat, C. (2001). Analysis of outcome variables of a token economy system in a state psychiatric hospital: A program evaluation. *Research in developmental disabilities*, 22(3), 233-253.
- Corbella, S., y Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16(4), 702-705.
- Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24, 189- 193.
- Cronin, T. J., Lawrence, K. A., Taylor, K., Norton, P. J., & Kazantzis, N. (2015). Integrating between-session interventions (homework) in therapy: The importance of the therapeutic relationship and cognitive case conceptualization. *Journal of clinical psychology*, 71(5), 439-450.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression,

- alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- David, D. y Montgomery, G. H. (2011). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychological intervention. *Clinical Psychology*, 18, 89-99.
- De Pascual, R. (2015). *La motivación en terapia: una análisis funcional* (tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, departamento de psicología biológica y de la salud.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861.
- DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z. y Beck, A. T. (2010) Cognitive Therapy. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 277 – 316). New York, U. S.: Guilford Press.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., Herman-Dunn, R., y Barlow, D. H. (2008). Behavioral activation for depression. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, 328-364.
- Division 12 of the American Psychological Association (2016). Psychological Treatments. <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/>
- Dixon, L., Adams, C., y Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). *Clinical behavior analysis*. Reno, NV, US: Context Press.

- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., y Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Torrey, W. C., McHugo, G. J., y Wyzik, P. F. (1994). Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal*, 30(5), 519-532.
- Drake, R. E., Becker, D. R., y Bond, G. R. (2003). Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 451-455.
- Drake, R. E., y Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 3, 197-225.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 156.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., y Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS one*, 9(6), e100100.
- Feijo de Mello, M. F., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., y Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(2), 75-82.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.

- Ferster, C. B. (1981). A functional analysis of behavior therapy. En L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 181-196). New York: Academic.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior therapy*, 27, 623-641.
- Freud, S. (1957). Neurosis and psychosis. Strachev A, Strachev J, trans. Collected Papers, Vol II.
- Froján-Parga, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y salud*, 22(3), 201-204.
- Froján, M. X., Alpañés M., Calero, A. y Vargas, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22(4), 556-561.
- Froján, M. X., Galván, N, Izquierdo, I, Ruiz, E. y Marchena, C. (2015). Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: un estudio de caso. *Análisis y modificación de conducta*, 39.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A., y Ruiz Sancho, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85.
- Froján, M.X.; Núñez de Prado, M. y de Pascual, R. (en prensa). Técnicas cognitivas y lenguaje, un regreso a los orígenes conductuales. *Psicothema*.
- Froján, M. X., Pardo, R., Vargas, I. y Linares, F. (2011). Análisis de las reglas en el contexto clínico. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 10(1), 135-154.
- Froján, M.X., de Pascual, R., Moreno, D. y Ruíz, E. (2013). *La relación terapéutica*

- desde el punto de vista conductista*. Comunicación oral en el segundo congreso SAVECC de Análisis Funcional de la Conducta, Madrid, España.
- Froján-Parga, M. X., y Ruiz-Sancho, E. M. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Conductual*, 1(1).
- García-Montes, J. M., y Pérez-Álvarez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación y compromiso en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 379-393.
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., y Perona-Garcelán, S. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for delusions. *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*, 112-128.
- Garety, P. A., Fowler, D., y Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 73.
- Garland, A., & Scott, J. (2002). Using homework in therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 489-498.
- Geddes, J. R., y Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672-1682.
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological medicine*, 36(03), 287-297.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., y Miles, J. N. V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological medicine*, 31(06), 1117-1127.
- Giráldez, S. L., y Fernández, Ó. V. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.

- Goldiamond, I. (1976). Self-reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9, 509-514.
- Goldman, H., Gatozzi, A. y Tanbe, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22- 22.
- González-Pardo, H., y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behaviour in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.
- Hayes, S. C. (1989). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. New York, NY: Plenum.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C. (2005). Eleven rules for a more successful clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1055-1060.
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., y Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *American Psychological Society*, 8, 170-173.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. Y y Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., y Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 359-385). New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bisset, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy Technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35- 54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152- 1168.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Herrera-Rodríguez, N. (2015). Efectividad de los antidepresivos atípicos e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina frente a los clásicos inhibidores de la recaptación de serotonina. *PHARMACIENCIA*, 3(1), 39-42.

- Hill, C.E., Nutt, E.A. y Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: samples, measures, researchers and classic publications. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 364-377.
- Hoberman, H. M., y Lewisohn, P. M. (1985). The behavioral treatment of depression. En E. E. Beckham y W. R. Levens (Eds.), *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research* (pp. 39-81). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. University of Chicago Press.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., y Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059.
- Howes, O. D., y Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *The Lancet*, 383(9929), 1677-1687.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., y Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., y Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(04), 597-611.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E. y Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive- behavioral treatment for depression. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2: 295- 304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255-270.
- Johnson, S. J. (2011). *Assertive community treatment: Evidence-based practice or managed recovery*. New Brunswick, N. J., U. S.: Transaction Publishers.
- Johnson, S. L. (2005a). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25, 1008– 1027.
- Johnson, S. L. (2005b). Mania and dysregulation in goal pursuit. *Clinical Psychology Review*, 25, 241–262.
- Kahl, K. G., Winter, L., y Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues, and speculations. *Behavior modification in clinical psychology*, 178-220.
- Kanter, J. W., Cautilli, J. D., Busch, A. M., y Baruch, D. E. (2011). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: Five environmental factors and a possible sixth and seventh. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 5.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E. y Holman, G. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463- 467.

- Karpiak, C. P. y Benjamin, L. S. (2004). Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: two sequential analytic studies. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 659-676.
- Kazdin, A. E. y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science* 6, 21-37.
- Kazdin, A. E., y Bootzin, R. R. (1972). The token economy: An evaluative review. *Journal of applied behavior analysis*, 5(3), 343-372.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., ... y Trivedi, M. H. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Kirkbride, J. B., Boydell, J., Ploubidis, G. B., Morgan, C., Dazzan, P., McKenzie, K., ... y Jones, P. B. (2008). Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area. *Psychological medicine*, 38(08), 1083-1094.
- Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Tarrant, J., ... y Mallett, R. M. (2006). Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Archives of general psychiatry*, 63(3), 250-258.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., y Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data

- submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*, 5(2), e45.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). Functional Analytic Psychotherapy. A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, DC, U.S.: American Psychological Association
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. y Zárate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23
- Kuipers, E., Yesufu-Udechuku, A., Taylor, C., y Kendall, T. (2014). Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ: British Medical Journal*, 348.
- Kupfer, D. J., Frank, E., y Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*, 379(9820), 1045-1055.
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological medicine*, 21(02), 423-441.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94- 129). Nueva York: Basic Books.
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York:

- Springer.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lencz, T., Smith, C. W., Auther, A., Correll, C. U., y Cornblatt, B. (2004). Nonspecific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia research*, 68(1), 37-48.
- Lewisohn, P. M. (1974). A behavioral approach to the treatment of depression. En R. M. Friedman y M. M. Katz (Eds.) *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). New York: Wiley.
- Lewisohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (Eds.) *Progress in behavior modification* (pp. 19-64). New York: Academic.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A. y Silverstein, S. M. (2005). Psychiatric rehabilitation. En B. J. Sadock y V. A. Sadock (dirs.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 3884-3930). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Licht, R. W., Vestergaard, P., Rasmussen, N. A., Jepsen, K., Brodersen, A., y Hansen, P. E. B. (2001). A lithium clinic for bipolar patients: 2-year outcome of the first 148 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(5), 387-390.
- Lin, A., Reniers, R. L., y Wood, S. J. (2013). Clinical staging in severe mental disorder: evidence from neurocognition and neuroimaging. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s11-s17.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.

- Linehan, M. M., Cochran, B. N., y Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. En D. H. Barlow (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 3, (pp. 470-522). New York, US: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... y Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Llewelyn, S. y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Lohr, J. M. (2011). What is (and what is not) the meaning of evidence-based psychosocial intervention? *Clinical Psychology*, 18, 100-104.
- López-Santiago, J., Blas, L. V., y Gómez, M. (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. Effectiveness of an assertive community treatment program for patients with severe mental disorder. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(1), 1-10.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “Everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Maher, B. (2003). Schizophrenia, aberrant utterance and delusions of control: The disconnection of speech and thought, and the connection of experience and belief. *Mind & Language*, 18(1), 1-22.

- Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J. T., Siegel, L., Patterson, D., y Kupfer, D. J. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: a preliminary investigation. *Archives of general psychiatry*, 55(8), 702-707.
- Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira, A., y Galván-Domínguez, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, 24(2), 55-65.
- Martell, C. R., Addis, M. E., y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Mazzullo, J. M., Lasagna, L., & Griner, P. F. (1974). Variations in interpretation of prescription instructions: the need for improved prescribing habits. *Jama*, 227(8), 929-931.
- McCullough, J. P. (1991). Psychotherapy for dysthymia: A naturalistic study of ten patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(12), 734-740.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., y Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of marital and family therapy*, 29(2), 223-245.
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., y Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802.
- McKnight, R. F., Adida, M., Budge, K., Stockton, S., Goodwin, G. M., y Geddes, J. R. (2012). Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9817), 721-728.
- Medalia, A., y Choi, J. (2009). Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychology review*, 19(3), 353-364.

- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... y Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251.
- Miklowitz, D. J. (2010). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York, U. S.: Guilford Press.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., Cosgrove, V. E., ... y Chang, K. D. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 121-131.
- Minami, T., Davies, D.R., Tierney, S.C., Bettmann, J.E., McAward, S.M., Averill, L.A., Huebner, L.A., Weitzman, L.M., Benbrook, A.R., Serlin, R.C., y Wampold, B.E. (2009). Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 309-320.
- Minami, T., Wampold, B.E., Serlin, R.C., Hamilton, E.G., Brown, G.S., y Kircher, J.C. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 116-124.
- Morgan, C., Kirkbride, J., Leff, J., Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K., ... y Murray, R. (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychological medicine*, 37(04), 495-503.
- Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J., y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 23(1), 5.

- Morrison, R. L., & Wixted, J. T. (1989). Social skills training. In *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (pp. 237-261). Springer US.
- Nathan, P. E., y Gorman, J. M. (Eds.). (2015). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press.
- NICE (2014) Bipolar disorder: assessment and management. NICE clinical guideline 185. Available at <http://guidance.nice.org.uk/cg185> [NICE guideline]
- NICE (2009) Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. NICE clinical guideline 78. Available at www.nice.org.uk/CG78 [NICE guideline]
- NICE (2014) Psychosis and schizophrenia in Adults: prevention and management. NICE clinical guideline 178. Available at <http://guidance.nice.org.uk/CG178> [NICE guideline]
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4.
- Palmer, D. C., y Donahoe, J. W. (1992). Essentialism and selectionism in cognitive science and behavior analysis. *American Psychologist*, 47(11), 1344.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama: la psicología según el conductismo*. Madrid, España : Minerva.

- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as a condition of mental disorder: A clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20(2), 181-187.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las raíces de la Psicopatología moderna*. Ediciones Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., y Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 221-233.
- Popovic, D. Scott, J. y Colom, F. (2015) Cognitive Behavioral Therapy and Psychoeducacion. En Yildiz, A., Ruiz, P., & Nemeroff, C. (Eds.). *The bipolar book: history, neurobiology, and treatment*. Oxford University Press.
- Post, R. M., y Leverich, G. S. (2006). The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and psychopathology*, 18(04), 1181-1211.
- Quera, V. (1993). Análisis secuencial. En M. T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Volumen II: Fundamentación* (pp. 341–583). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Quitkin, F. M., Rabkin, J. G., Gerald, J., Davis, J. M., y Klein, D. F. (2000). Validity of clinical trials of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 327-337.

- Ramírez-Basco, M. y Thase, M.E. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares. En V.E. Caballo (Dir), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. (pp. 575- 607). Madrid: Siglo XXI.
- Rector, N. A., y Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(5), 278-287.
- Rector, N. A., y Beck, A. T. (2002). Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 41-50.
- Rector, N. A., Seeman, M. V., y Segal, Z. V. (2003). Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia research*, 63(1), 1-11.
- Rehm, L. P. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatments of depression. *Behavior Therapy*, 10(4), 429- 442.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8: 787-804.
- Rehm, L. (1991). "Métodos de autocontrol". En V. Caballo (Ed.). *Manual de modificación y terapia del comportamiento* (pp. 655-683). Madrid: Pirámide.
- Rehm, L. P. (1988). Self-management and cognitive processes in depression. En L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 143-176). New York, NY, US: Guilford Press, xii, 388 pp.
- Rehm, L. P., Kaslow, N. J., & Rabin, A. S. (1987). Cognitive and behavioral targets in a self-control therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 60.
- Rehm, L. P., Kornblith, S. J., O'Hara, M. W., Lamparski, D. M., Romano, J. M. y Volkin, J. (1981). An evaluation of major components in a self- control behavior

- therapy program for depression. *Behavior Modification*, 5: 459-489.
- Rehm, L. P., y Rokke, P. (1988). Self-management therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (pp.136-166). New York, NY, US: Guilford Press, xii, 388 pp.
- Rosen, G.M., y Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341-354.
- Rosenfarb, I. S. (2013). A functional analysis of schizophrenia. *The Psychological Record*, 63(4), 929.
- Ruiz, E., Froján, M.X. y Galván, N. (2015). Patrones de interacción verbal en el contexto clínico. *Psicothema*, 27(2), 99-107.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(1), 52-9.
- Ruiz-Sancho, E. (2011). *Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico* (tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, departamento de psicología biológica y de la salud.
- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M. X., y Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: a model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27(2), 99-107.
- Sáiz, J. y Montes, J. M. (2000). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros nuevos antidepresivos. En J. Vallejo y C. Gastó (Eds.), *Trastornos*

- afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 554-578). Barcelona: Masson
- Saiz-Galdós, J., y Chévez-Mandelstein, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Psychosocial Intervention*, 18(1), 75-88.
- Salzinger, K. (2011). El cambio terapéutico visto a través de las lentes del comportamiento analítico. *Clínica y Salud*, 22(3), 237-244.
- Sartorius, N., Shapiro, R., y Jablensky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1(11), 21.
- Sass, L. A. (1992). *Madness and modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York, NY, US: Basic Books.
- Schatzberg, A. F., Rush, A. J., Arnow, B. A., Banks, P. L., Blalock, J. A., Borian, F. E., ... y Manber, R. (2005). Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Archives of General Psychiatry*, 62(5), 513-520.
- Schramm, E., Zobel, I., Dykieriek, P., Kech, S., Brakemeier, E. L., Külz, A., y Berger, M. (2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: a randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1), 109-116.
- Skinner, B. F. (1984). Selection by consequences. *Behavioral and brain sciences*, 7(4), 477-510.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Stahl, S. M. (1999). Selecting an atypical antipsychotic by combining clinical experience with guidelines from clinical trials. *Journal of Clinical*

- Psychiatry*, 60, 31-41.
- Stein, L. I., y Santos, A. B. (1998). Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York, NY, US: W W Norton & Co
- Stein, L. I., Test, M. A., y Marx, A. J. (1975). Alternative to the hospital: A controlled study. *The American Journal of Psychiatry*, 132(5), 517-522.
- Stender, M., Bryant-Comstock, L., y Phillips, S. (2002). Medical resource use among patients treated for bipolar disorder: a retrospective, cross-sectional, descriptive analysis. *Clinical therapeutics*, 24(10), 1668-1676.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., y Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4(3), 257-272.
- Thomas, N., Morris, E. M. J., Shawyer, F., y Farhall, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for voices. En E. M. J. Morris, L. C. Johns, y J. E. Oliver (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis* (pp. 95- 111). Chichester, UK: Wiley.
- Torgersen, S., Kringlen, E., y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Torpey, D. C., y Klein, D. N. (2008). Chronic depression: update on classification and treatment. *Current psychiatry reports*, 10(6), 458-464.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(1), 1.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. y Callaghan, G. M. (Eds.). (2009). A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness,

- courage, love, and behaviorism. New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Vallejo, J. (2000). Tratamientos clásicos de la depresión. En J. Vallejo y C. Gastó, (Eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 518- 543). Barcelona: Masson
- Vallina-Fernández, O., Lemos-Giráldez, S., Roder, V., García-Saiz, A., Otero-García, A., Alonso-Sánchez, M., y Gutiérrez-Pérez, A. M. (2001). Rehab rounds: An integrated psychological treatment program for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(9), 1165-1167.
- van der Werf, M., van Boxtel, M., Verhey, F., Jolles, J., Thewissen, V., y van Os, J. (2007). Mild hearing impairment and psychotic experiences in a normal aging population. *Schizophrenia research*, 94(1), 180-186.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., y Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 663-668.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671.
- Vargas-Cruz, I., y Pardo-Cebrián, R. (2014). El papel de la experiencia del terapeuta en la aplicación de reglas en el contexto clínico. *Conductual*, 2(3).
- Veling, W., Susser, E., Van Os, J., Mackenbach, J. P., Selten, J. P., y Hoek, H. W. (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 66-73.
- Wallace, C. J. (1998). Social skills training in psychiatric rehabilitation: recent findings.

- International Review of Psychiatry*, 10, 20-25.
- Wampold, B.E., Budge, S.L., Laska, K.M., Del Re, A.C., Baardseth, T.P., Flückiger, C., Minami, T., Kivlighan, D.M., y Gunn, W. (2011). Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 31, 1304-1312.
- Watt, L. J. (2003). Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners. *The Psychiatrist*, 27(6), 238-238.
- Weissman, M. M., y Markowitz, J. C. (1998). An overview of interpersonal psychotherapy. *Interpersonal psychotherapy*, 1-33.
- Wharton, R. N. (2001). Psychosis: Psychological Approaches and Their Effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1349-1349.
- White, R. F., Kregel, M. H., y Thompson, T. A. (2009). Common neurological disorders associated with psychological-behavioral problems. En P. M. Kleespies, (Ed), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization*, (pp. 289-309). Washington, DC, US: American Psychological Association
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... y Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Wilson, G. T. y Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behaviour therapy. En A. S. Gurman y A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 544-565). Nueva York: Pergamon

- Wilson, K. G. y Blackledge, J. T. (2000). Recent developments in the behavioral analysis of language: making sense of clinical phenomena. En M. J. Dougher (Ed.): *Clinical behavior analysis* (pp. 27-46). Reno: Context Press.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- World Health Organization (2013). Mental health: Schizophrenia. Recuperado el 10 de noviembre de 2016, de www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., y Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A., y Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 190(5), 421-427.
- Zammit, S., Lewis, G., Rasbash, J., Dalman, C., Gustafsson, J. E., y Allebeck, P. (2010). Individuals, schools, and neighborhood: a multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(9), 914-922.
- Zettle, R. D., y Hayes, S. C. (1982). Rule governed behavior: A potential framework for cognitive-behavior therapy. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 2, pp. 73-119). New York: Academic Press.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

ANEXOS

ANEXO A:

**SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL EN TERAPIA
DE ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y DURADERAS
(SC-CVT-EMGD)**

ÍNDICE

SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA (SISC-CVT).....	229
1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS	229
2. COMENTARIOS GENERALES	230
2.1 Conducta a categorizar	230
2.2 Criterios generales de categorización.....	231
2.3 Tipos de categorías.....	232
2.4 Registro de las categorías estado y las categorías evento	233
2.5 ¿Qué son los modificadores?.....	233
3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN	234
3.1 Función discriminativa	234
3.1.1 Función discriminativa. Modificador “Indicando” (la dirección deseada de la respuesta)	244
3.1.2 Función discriminativa. Modificador. “Sin indicar” (la dirección deseada de la respuesta)	246
3.1.3 Función discriminativa. Modificador “Conversacional”	247
3.2 Discriminativo fallido.....	251
3.3 Función de refuerzo.....	254
3.3.1 Función de refuerzo. Modificador “Bajo”.....	264
3.3.2 Función de refuerzo. Modificador “Medio”	265
3.3.3 Función de refuerzo. Modificador “Alto”	265
3.4 Función de castigo.....	266
3.4.1 Función de castigo. Modificador “Bajo”.....	270
3.4.2 Función de castigo. Modificador “Medio”	271
3.4.3 Función de castigo. Modificador “Alto”	271
3.5 Función informativa	272
3.6 Función instructora.....	278
3.7 Función instructora laxa	283
3.8 Función motivadora.....	285
3.9 Otras	291

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL

USUARIO (SISC- CVU).....	296
1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS:	296
2. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN	297
2.1 Proporcionar información.....	297
2.2 Solicitar información.....	298
2.3 Seguimiento de instrucciones.....	299
2.3.1 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Seguimiento de instrucciones dentro de sesión”	300
2.3.2 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión total”	300
2.3.3 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión parcial”	300
2.3.4 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión total”	300
2.3.5 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión parcial”	300
2.4 No seguimiento de instrucciones.....	301
2.4.1 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “No seguimiento de instrucciones dentro de sesión”	301
2.4.2 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión”	302
2.4.3 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión”	302
2.5 Verbalizaciones proterapéuticas.....	302
2.6 Verbalizaciones antiterapéuticas	308
2.7 Delirios y alucinaciones	318
2.8 Lenguaje desorganizado	319
2.9 Otras usuario.....	323
2.10 Casos especiales durante el registro	325

**SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL
TERAPEUTA (SISC-CVT)**

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS

Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT)	
Categoría	Descripción breve
<i>Función discriminativa</i>	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del usuario (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o castigo (Categoría evento) Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sin indicar</i> la dirección deseada de la respuesta - <i>Indicando</i> la dirección deseada de la respuesta - <i>Discriminativa</i> conversacional
<i>Discriminativo fallido</i>	Verbalización del terapeuta seguida de verbalizaciones por parte del usuario que rompen con el hilo del discurso del primero y lo redirigen hacia otro tema
<i>Función de refuerzo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el usuario (Categoría evento) Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Refuerzo bajo</i> - <i>Refuerzo medio</i> - <i>Refuerzo alto</i>
<i>Función de castigo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el usuario y/o que interrumpe esta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación (Categoría evento) Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Castigo bajo</i> - <i>Castigo medio</i> - <i>Castigo alto</i>
<i>Función informativa</i>	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta (Categoría estado)
<i>Función instructora</i>	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del usuario fuera o dentro del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer (Categoría estado) Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Instructora dentro de sesión</i> - <i>Instructora fuera de sesión</i>
<i>Función instructora laxa</i>	Instrucciones expresadas por el terapeuta a modo de sugerencia y/o que no proporcionan pautas concretas de acción (Categoría estado) Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Instructora laxa dentro de sesión</i> - <i>Instructora laxa fuera de sesión</i>
<i>Función motivadora</i>	Verbalizaciones del terapeuta que explicitan las consecuencias que la conducta del usuario (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener

	(situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico (Categoría estado)
<i>Otras terapeuta</i>	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores (Categoría evento)

2. COMENTARIOS GENERALES

2.1 Conducta a categorizar

En general, se registrará solo la conducta verbal del terapeuta. Aunque, para ello, en ocasiones habrá que tener en cuenta el comportamiento no verbal cuando éste modifique sustancialmente el significado de la parte verbal, por ejemplo, para entender una ironía. Por otra parte, solo se tendrá en cuenta el comportamiento no verbal en ausencia de comportamiento verbal en casos excepcionales, como el siguiente:

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Se lo dijiste a tu hermano?” (función discriminativa sin indicar)

Usuario: “¿Que si se lo dije a mi hermano?”

Terapeuta: (gesto afirmativo con la cabeza) (función discriminativa sin indicar)

Usuario: “Pues sí, se lo dije”

Decidimos no codificar los fragmentos finales de las sesiones en los que se acuerda la fecha y la hora de la próxima cita pues, de hecho, en muchas ocasiones esta parte de la sesión se da fuera del despacho del terapeuta y no tenemos acceso a ella.

No se registrarán los bloques en los que terapeuta y usuario hablan sobre temas que no tienen que ver con el motivo de consulta. Se señalará que se da un bloque de charla intrascendente, pero no se registrarán las verbalizaciones del terapeuta ni del usuario. Si para el cálculo de la fiabilidad alguno de los observadores considera que hay un bloque no terapéutico y, por tanto, no lo registra, el otro observador lo borrará de su registro para no dar lugar a una bajada “artificial” de la concordancia entre observadores.

2.2 Criterios generales de categorización

Cuando puedan estar coincidiendo varias categorías en una misma verbalización, se registrará aquella que se considere con mayor relevancia desde un punto de vista terapéutico.

En la medida de lo posible, se dará preferencia al análisis de lo que sucede en sesión, es decir, a los efectos de la conducta del terapeuta en el propio contexto clínico y no tanto a su posible funcionalidad fuera de él. Es decir, independientemente de que sabemos que lo que sucede en sesión indudablemente repercute en la conducta del usuario fuera de ella, nos centraremos sobre todo en estudiar el efecto que las verbalizaciones del terapeuta poseen en el contexto clínico.

En algunas ocasiones será fundamental que atendamos a las consecuencias que siguen a las verbalizaciones del terapeuta para determinar la posible función de una verbalización previa (ver un ejemplo de este acuerdo general en el caso de los “Discriminativos fallidos” mencionados en el apartado correspondiente a la categoría *función discriminativa*).

Una misma verbalización puede dividirse en fragmentos para su categorización. Es decir, no porque una verbalización del terapeuta forme parte gramaticalmente hablando de un mismo párrafo ha de asignarse una única categoría al párrafo en su totalidad. Sin embargo, se ha de tener cuidado de no segmentar excesivamente las verbalizaciones del terapeuta y marcar la categoría predominante. Por ejemplo, si hay una breve verbalización que podría registrarse como *función informativa* dentro de un párrafo amplio donde se dan los criterios para registrar la *función motivadora*, deberíamos considerar toda la intervención dentro de esta última categoría. Si, por el contrario, se hace una breve referencia a las consecuencias (*función motivadora*) en un contexto explicativo (*función informativa*), resultaría más apropiado marcar toda la verbalización como *función informativa*. En el caso de que el terapeuta dedique más atención a cada uno de estos aspectos por separado, sí tendría sentido

registrar la ocurrencia de dos categorías diferentes, la *función motivadora* y la *función informativa*, segmentando la verbalización emitida por el clínico.

En los casos en los que varias verbalizaciones consecutivas se den con muy poca diferencia de tiempo entre ellas, siempre se prestará atención a registrarlas con tiempos diferentes (que puede ser cuestión de décimas o centésimas de segundo) para que puedan ser consideradas en posteriores análisis como categorías diferentes.

Solo se debe tener en cuenta la información que se da en la sesión para categorizar el comportamiento del terapeuta, y no la información que tengamos del caso por sesiones anteriores o por otras fuentes. Así, por ejemplo, en un caso de déficit de habilidades sociales, podría surgir la duda de si que el terapeuta diga “qué bien te queda el pelo como te lo has peinado hoy” es una *función de refuerzo* o *función motivadora* en lugar de *Otras*. En este caso habría que considerarlo *Otras* porque al no tener en cuenta la información previa, no tiene una función terapéutica.

Se registrará el inicio de las verbalizaciones del terapeuta cuando éste empiece a emitir verbalizaciones con significado, nunca cuando emite sonidos como “mmm”, “ehhh”.

2.3 Tipos de categorías

Las *categorías evento* serán aquellas para las que se registre únicamente su ocurrencia mientras que las *categorías estado* precisarán de la delimitación del tiempo de inicio y finalización de la verbalización correspondiente. Las categorías que se registrarán como evento serán la *función discriminativa*, la *función de refuerzo*, la *función de castigo*. Las categorías que se registrarán como estado serán la *función instructora*, la *función informativa* y la *función motivadora*.

2.4 Registro de las categorías estado y las categorías evento

Dentro de cualquier *categoría estado* no se incluirán *categorías evento* puntuales. En el caso de que éstas se den, se pondrá fin a la *categoría estado* en curso y se registrará entonces la *categoría evento* correspondiente, volviendo a marcarse a continuación el inicio del estado previamente interrumpido. Así, por ejemplo, podría ser interesante incluir algunas categorías *función discriminativa* dentro de un fragmento codificado como *función informativa* pero esto podría sobreestimar el tiempo dedicado por el terapeuta a esta posible función, de modo que se decide no incluir nada durante la presentación de las *categorías estado*.

Si la verbalización del terapeuta codificada como una *categoría estado* cambia a raíz de una interrupción o comentario del usuario, entonces debe registrarse el fin del estado inicial y marcar la verbalización del usuario así como el comienzo de un nuevo estado del terapeuta aunque la categoría sea la misma que el anterior estado.

2.5 ¿Qué son los modificadores?

El programa *The Observer XT* nos da a elegir, cuando es el caso, distintos modificadores para cada una de las categorías supraordenadas de este subsistema. Los modificadores de una categoría hacen referencia a variaciones o subtipos de la misma, por ejemplo, qué intensidad tiene la verbalización del terapeuta categorizada como *función de refuerzo*. Así, cuando categorizamos una verbalización del terapeuta como una determinada función, tendremos que elegir, cuando se dé el caso, no solo la función sino qué modificador de la misma se puede aplicar a dicha verbalización. Aunque técnicamente una categoría supraordenada junto con el modificador correspondiente se consideraría una categoría en sí misma dentro del sistema de categorización, utilizaremos aquí el término modificador por ser el usado por el programa empleado para realizar los registros.

3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN

3.1 Función discriminativa

La ocurrencia de la categoría *función discriminativa* se registrará al final de la verbalización codificada y no al principio de la misma.

En aquellos casos en los que el terapeuta emita una verbalización que podría categorizarse como *función discriminativa* pero ante la que el usuario no presenta la respuesta deseada, sino algún tipo de verbalización que implica una petición de aclaración o repetición de la verbalización previa del terapeuta porque ésta no ha sido entendida por el usuario, se registrará la categoría *función discriminativa*. Aunque la respuesta del usuario no sea la deseada, parece que sí se encuentra discriminada por la verbalización previa del terapeuta.

Ejemplo:

Terapeuta: “No me vas a decir lo mismo que le dijiste a David” (función discriminativa)

Usuario: “¿El qué?”

Terapeuta: “Que eso se lo dirían a cualquiera” (función discriminativa)

Usuario: “No, eso no”

Cuando el terapeuta presente una verbalización categorizada como estado, con cualquier función, y el usuario la interrumpa y emita una verbalización significativa, es decir, con un contenido suficientemente elaborado más allá del puro asentimiento (al menos ha de haber un verbo en la frase con un valor predicativo y no nominal) y que tenga algún tipo de relación con lo que el terapeuta estaba diciendo, entonces se categorizará la parte final de la verbalización del terapeuta como *función discriminativa conversacional* (ver más adelante los modificadores de la *función discriminativa*) mientras que el resto será incluido en la categoría que previamente hubiera sido identificada.

Ejemplo:

Terapeuta: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación así que entonces...” (toda la verbalización se codificaría como función informativa y la última parte como función discriminativa conversacional)

Usuario: (interrumpe) “Claro, pero entonces, ¿por qué yo reacciono así si otra gente no lo hace?”

Sin embargo, si el usuario interrumpe al terapeuta para emitir una verbalización sin ninguna relación con lo que el terapeuta se encontraba diciendo, entonces la verbalización previa del terapeuta no será categorizada como *función discriminativa* ya que se entiende que el discriminativo que está operando en este caso sería un estímulo encubierto del usuario que, por tanto, no podemos observar.

Ejemplo:

Terapeuta: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación así que entonces...” (función informativa)

Usuario: (interrumpe) “Pero, un momento, antes de que me expliques esto yo te quería comentar que esta semana he leído el libro que me diste”

En los casos en los que ante una verbalización del terapeuta registrada como categoría estado, el usuario emite verbalizaciones solamente de asentimiento ante lo que el terapeuta dice, no se considerarán las verbalizaciones previas del terapeuta como *función discriminativa*. Se hará prevalecer la categoría que consideremos oportuna, ya que nos encontraríamos en un nivel de análisis puramente conversacional en el que el asentimiento del usuario tendría una potencial función de refuerzo del discurso del terapeuta.

Ejemplo:

Terapeuta: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación y entonces...”

Usuario: “Ya”

Terapeuta: “...por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen” (función informativa que incluiría la verbalización previa a la emisión del usuario)

Si este asentimiento del usuario, aun siendo no verbal, se da ante una verbalización del terapeuta claramente codificable como *función discriminativa* y/o es “reforzado” verbalmente tras su emisión por parte del terapeuta cambiando manifiestamente su discurso, entonces sí se interrumpirá la categoría estado y se marcará la secuencia *función discriminativa conversacional* (ver más adelante los modificadores de la *función discriminativa*) y/o *función de refuerzo*.

Ejemplos:

Terapeuta: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación (función informativa). ¿No es así? (función discriminativa conversacional)”

Usuario: Cabeceo

Terapeuta: “Por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen” (función informativa)

Terapeuta: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación (función informativa), (función discriminativa)”

Usuario: Cabeceo

Terapeuta: “Exactamente (función de refuerzo). Por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen” (función informativa)

Sobre este último ejemplo queremos señalar que: si en medio de una verbalización categorizada como estado, el usuario asiente diciendo algo como “ya”, “vale” (o cualquier otra verbalización no elaborada) y el terapeuta continua la verbalización estado con “vale”, “claro”, es decir, una *función de refuerzo bajo* (ver más adelante los modificadores de la *función de refuerzo*), no se marcará *función de refuerzo*. No obstante, sí se interrumpirá el estado con la categoría *función discriminativa conversacional* (ver más adelante los modificadores de la *función discriminativa*).

Por otro lado, la última excepción a señalar, se da en los casos en los que el usuario, a modo de asentimiento ante lo que dice el terapeuta, repite lo que éste acaba de decir. Si esta repetición incluye un verbo, no se interrumpiría el estado para marcar *función discriminativa conversacional*.

Ejemplos:

Terapeuta: “...Y estos favorecen...” (función informativa)

Usuario: “Sí, favorecen”

Terapeuta: “...Los cambios en...” (función informativa)

Cuando se interrumpa una *categoría estado* porque algún elemento del discurso del terapeuta parezca discriminar una conducta por parte del usuario, el final del estado y la ocurrencia de la *función discriminativa* se marcarán en el momento en que el usuario comience a hablar, independientemente de que el terapeuta siga emitiendo su verbalización durante unos segundos y superponiendo su voz a la del usuario. Se cortará el estado aunque haya ocasiones en las que el usuario intervenga solo un poco antes de que el terapeuta termine su discurso y se entienda perfectamente lo que éste dice. Por tanto, habrá que estar muy atento de los posibles solapamientos de discursos en estos casos, pues podría ser

significativo que el usuario empezase sistemáticamente antes de que el terapeuta terminase y de ser así sería conveniente señalarlo.

Solo se interrumpirá una *categoría estado* para marcar la ocurrencia de un comportamiento codificable como función *discriminativa (conversacional)*, como se indicará más adelante) si el usuario corta literalmente con su discurso la verbalización del terapeuta (es decir, si el habla del usuario se superpone durante un tiempo al habla del clínico finalizando la verbalización del terapeuta antes de que el usuario concluya su turno) o si el terapeuta deja su verbalización a medias y sin sentido por sí sola y el usuario la retoma para iniciar su siguiente verbalización (en este caso no es preciso que exista solapamiento para que decidamos cortar).

Sobre esto último señalamos la posibilidad intermedia de que el terapeuta termine su verbalización con sentido por sí misma y haga explícito por su conducta no verbal (tono y gestos sobre todo) que iba a continuar hablando, pero las verbalizaciones de terapeuta y usuario no se solapen. En este caso no señalaríamos la discriminativa conversacional.

En los casos en los que, tras una verbalización con cualquier posible función, el terapeuta emita después una verbalización claramente codificable como función *discriminativa* (por ejemplo, una pregunta), se registrará en primer lugar la verbalización previa dentro de la categoría correspondiente e, inmediatamente después, la categoría función *discriminativa*.

Ejemplo:

Terapeuta: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación (función informativa) ¿Me he explicado bien?” (función discriminativa conversacional)

Usuario: “Sí, creo que lo he entendido”

En aquellos casos en los que el terapeuta, antes de una pregunta concreta (función *discriminativa*), hace un resumen de parte de la información obtenida hasta ese momento o sitúa a la persona en el momento temporal sobre el que desea evaluar (por ejemplo, “nos ponemos en el momento actual...”), se considera que esa verbalización anterior debe incluirse en la categoría función *discriminativa* final. La excepción será que se presente algún tipo de conocimiento técnico-clínico de un modo más explícito, en cuyo caso podría ser relevante señalar la presencia previa de, por ejemplo, la categoría función *informativa*.

Cuando el terapeuta emite una verbalización codificable como, por ejemplo, *función de castigo* o función *informativa* y al final de la misma el usuario contesta, no marcaremos el final de la verbalización del terapeuta dentro de la categoría función *discriminativa*, sino que haremos prevalecer la categoría previa (obviamos el posible matiz discriminativo del final de la intervención del clínico). A pesar de que hipotetizamos que el mero hecho de que el terapeuta se calle puede discriminar la conducta posterior de hablar del usuario.

Cuando el terapeuta haga una pregunta pero no deje que el usuario conteste y, por ejemplo, dé una explicación después, no se registrará la categoría función *discriminativa*, sino que esta parte del discurso se incluirá dentro de la categoría asignada a la verbalización posterior.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Pero qué ganas con eso? Lo único que vas a conseguir si sigues comportándote así es sentirte mal tú y hacer que la relación cada vez se vaya deteriorando más y más” (función motivadora)

Las preguntas retóricas en el discurso del terapeuta tampoco se registrarán como función *discriminativa* aunque el usuario responda tras su emisión.

Ejemplo:

Terapeuta: “Lo que te quiero decir es, ¿qué consecuencias habría tenido que no fueras? Absolutamente ninguna” (función motivadora).

Usuario: “Ninguna”

La expresión “¿eh?” en el discurso del terapeuta solo se categorizará como función *discriminativa* si sustituye a un interrogativo del tipo “¿qué?” y el usuario responde a él. De no ser así, se considerará que tiene un valor enfático y se incluiría dentro de la categoría que mejor recoja la verbalización del terapeuta en la que se presenta dicha partícula verbal.

Ejemplos:

Usuario: “A ver qué tal se nos da”

Terapeuta: “¿Eh?” (función *discriminativa*)

Usuario: “Que digo que a ver qué tal va todo”

Terapeuta: “Que sea difícil no quiere decir que no puedas llegar a aprender a estar tranquila y a manejar todas estas situaciones, ¿eh?” (función *motivadora*)

Usuario: “Ya. Vale”

Cuando durante la formulación de una verbalización codificable como función *discriminativa*, y no solo al final de la presentación de la misma, el usuario diga algo, se registrarán una o varias categorías función *discriminativa* aplicando los mismos criterios marcados para interrumpir las *categorías estado*.

- Si la verbalización del usuario es elaborada (aparece al menos un verbo con valor predicativo), se registrará varias veces la categoría función *discriminativa*:

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Tu consideras que tienes razones...” (función *discriminativa*)

Usuario: “Hombre, razones... razones no tengo...”

Terapeuta: “... para pensar que era malintencionado?” (función *discriminativa*)

Usuario: “No, es más la sensación que me dio”

- Si la verbalización con posible función *discriminativa*, por ejemplo, una pregunta, puede dividirse en diversas partes y el usuario va respondiendo a ellas de forma diferenciada, se marcarán tantas categorías función *discriminativa* como

respuestas elicitadas se observen, aunque éstas no sean elaboradas (esto es, no incluyan al menos un verbo con valor predicativo).

Ejemplo:

Terapeuta: “Entonces, ya recogiste el almacén...” (función discriminativa)

Usuario: “Sí”

Terapeuta: “...pusiste al día los papeles que tenías pendientes...” (función discriminativa)

Usuario: “Sí”

Terapeuta: “... y ya solo te queda colocar la mesa, ¿es así?” (función discriminativa)

Usuario: “Eso es”

Como excepción a este punto señalamos que, para registrar este tipo de discriminativos divididos dentro de una misma pregunta, solo tendremos en cuenta la conducta verbal del usuario. No cortaremos la verbalización por asentimientos o cabeceos. Tomamos esta decisión contraria al resto de situaciones de registro porque en momentos de evaluación es muy habitual que el terapeuta vaya repitiendo y recopilando la información que va obteniendo a lo largo de la sesión para lanzar de nuevo verbalizaciones con función discriminativa. Ante dichas verbalizaciones largas del terapeuta, es habitual que el usuario asienta y reafirme la información anteriormente concedida, con asentimientos no verbales y cabeceos. Consideramos que señalar todos estos eventos supondría fragmentar en exceso el registro e inflar el número de verbalizaciones registradas como discriminativo.

- Si el terapeuta retoma de algún modo la verbalización del usuario, se registrará la categoría función *discriminativa* justo antes de que se produzca la conducta del usuario. Esta parte en la que el clínico retoma lo dicho por el usuario se considerará *función de refuerzo*.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Tú crees que ésta era la mejor forma...” (función discriminativa)

Usuario: “Ya, de verlo”

Terapeuta: “Claro, de verlo (función de refuerzo), ¿o crees que había otras posibilidades?” (función discriminativa).

- Si la conducta del usuario modifica de algún modo la verbalización del terapeuta, se codificará como función *discriminativa* la parte de la verbalización que dé pie a la emisión del usuario.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Tú tenías...” (función discriminativa)

Usuario: “27 años”

Terapeuta: “... que cumpliste ahora” (función discriminativa)

Usuario: “La semana pasada”

- Si el terapeuta presenta de varias formas distintas una verbalización que podría tener una misma función discriminativa sin esperar a que el usuario responda pero éste lo hace igualmente, se marcará más de una categoría función *discriminativa* en los siguientes casos:
 - a. Cuando se identifique otra categoría distinta a la función *discriminativa* durante la presentación de la misma.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Tú crees que podría haber otra salida?...” (función discriminativa)

Usuario: “Sí”

Terapeuta: “...No sé, yo te pregunto, a los problemas hay que buscarles soluciones (función informativa). ¿Se te ocurre otra forma de tratar de mejorar la situación?” (función discriminativa)

Usuario: “Sí, claro, podría cambiar de trabajo”

- b. Cuando las respuestas supuestamente discriminadas en el usuario tengan un valor distinto (no vayan en la misma línea).

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Podría haber otro motivo? O sea...” (función discriminativa)

Usuario: “No...”

Terapeuta: “...¿podría haber otra explicación al hecho de que no te llamara en ese momento?” (función discriminativa)

Usuario: “Bueno, supongo que podría habersele olvidado”

- c. Cuando la respuesta del usuario sea suficientemente elaborada (incluya al menos un verbo con valor predicativo).

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Tú podrías preguntarle...” (función discriminativa)

Usuario: “Yo creo que sí”

Terapeuta: “... quiero decir, ¿él te podría informar acerca de esto?” (función discriminativa)

Usuario: “Sí, sí, sin ningún problema”

- d. En el resto de ocasiones, se marcará una sola vez la categoría función *discriminativa* cuando el terapeuta acabe su verbalización, puesto que se entiende que la respuesta que se estaría discriminando sería única aunque el usuario la presente varias veces.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Tú podrías preguntarle...”

Usuario: “Sí”

Terapeuta: “... si te podría ayudar?” (función discriminativa)

Usuario: “Sí, sí, sin problemas”

Cuando dentro del mismo turno de habla del terapeuta, éste hace varias preguntas seguidas pero no deja contestar al usuario entre medias y el usuario solo contesta al terminar éste de hablar, solamente se señalaría una categoría con *función discriminativa*, que sería:

- La última, en el caso de que todas las preguntas vayan dirigidas en una misma dirección.
- Aquella pregunta a la que el usuario responda, en los casos en los que las preguntas se refieran a contenidos distintos.

3.1.1 Función discriminativa. Modificador “Indicando” (la dirección deseada de la respuesta)

Para decidir si la categoría función *discriminativa* indica o no indica la dirección deseada de la respuesta, se considerará solamente ese turno de habla del terapeuta y no los anteriores al mismo. Además, hemos de diferenciar entre la “intención” del terapeuta con una pregunta (que siempre irá en la dirección del cambio) y que la pregunta guíe la respuesta que quiere que el usuario dé.

El discriminativo indicando se trata de aquel discriminativo que nos indica la dirección de la respuesta deseada. Son preguntas cerradas y que no incluyen información técnica o explicaciones acerca de cómo seguirá a partir de ahora el desarrollo de la terapia.

Solo se señalará el modificador “indicando” en aquellos casos en los que el terapeuta añada en su pregunta una posible respuesta o da fuentes de información o contenidos, para que el usuario responda a la pregunta. Por tanto, la pregunta indicará la dirección de la respuesta deseada ante la misma.

Desde este punto de vista, en las preguntas como “¿Crees entonces que es políticamente correcto?” o “¿Crees que es un buen criterio?” se señalaría el modificador “sin indicar” y también en las preguntas que incluyen dos opciones, como “¿Crees que es fruto del azar o que tú hiciste cosas para ello?”.

En las preguntas anteriores se señalaría el modificador “indicando” si el terapeuta dijera algo que sugiriera la respuesta, como “¿No crees que según lo que hemos dicho eso sería políticamente correcto?”, “¿Crees que es un buen criterio, verdad?”. La regla general, por tanto, es restringir la selección de la categoría *función discriminativa “indicando”* para aquellos casos en que esta indicación quede clara a través de partículas en las verbalizaciones como:

- “No”, “verdad”, “o sea”, “Me dices que...”, “Por lo que veo...”, “Supongo...”, “Desde luego”, “Por lo que me cuentas”, “Me dijiste”, “Incluso...”

Se añaden las siguientes partículas al listado de *discriminativos indicando* ya que consideramos que son sinónimos de “supongo”, “me dices que” o “por lo que veo”:

- “Me hablaste”, “te refieres a”, “entiendo”

Al contemplar las diferencias entre la *función discriminativa indicando* y la *función informativa* acompañada por una *discriminativa conversacional*, puede darse el caso de que el terapeuta (en un proceso de reestructuración) emita una verbalización sobre una interpretación alternativa de la realidad y luego emita partículas que discriminen una respuesta como “¿no?”, “¿verdad?” o cualquier partícula que pueda ser categorizada como un *discriminativo indicando*. Dado que el terapeuta está utilizando su conocimiento clínico, se considera que el terapeuta está proporcionando información, por lo que se considera como *función informativa* más *discriminativa conversacional* y no como *discriminativa indicando*.

No obstante, para preguntas sin tono interrogativo donde puede haber dudas sobre su registro como *función informativa*, si la verbalización no tiene contenido técnico o no forman parte del desarrollo de terapia, estas se registrarán como *función discriminativa*.

3.1.2 Función discriminativa. Modificador. “Sin indicar” (la dirección deseada de la respuesta)

El discriminativo sin indicar es aquel discriminativo que no nos indica la dirección de la respuesta deseada.

Algunos ejemplos de verbalizaciones categorizadas como función *discriminativa* que podrían ser dudosos y que, según estos acuerdos, serían “sin indicar” son los siguientes:

Ejemplos:

Terapeuta: “¿Crees que hay una relación causa-efecto entre el mes del año y el número de defunciones?”

Terapeuta: “¿El fin de semana saliste?”

Terapeuta: “¿Si estuvieras más delgada te sentirías mejor?”

Terapeuta: “¿Tu objetivo sería perder peso?”

Terapeuta: “¿Tú crees que podrías sentirte bien aun cuando no adelgaces tanto?”

Terapeuta: “¿Crees que es un buen criterio para ser feliz?”

Terapeuta: “¿Crees que es un buen criterio?”

Terapeuta: “¿Pero que se mantenga la relación es fruto de la casualidad?”

Terapeuta: “¿Crees que es fruto del azar o que tú hiciste cosas para ello?”

En los casos en los que en la verbalización aparezca una partícula que identifiquemos como indicador del modificador *Indicando*, pero en la pregunta se presenten varias opciones de respuesta, siempre registraremos *sin indicar*.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Me dijiste que fuiste al cine o al final fuiste a cenar?” (función discriminativa sin indicar)

Un caso que puede dar lugar a duda es el siguiente: cuando se da una verbalización categorizada como función *discriminativa fallida* (interrumpida por el usuario o no contestada por él) pero que claramente indicaba la dirección de la respuesta, y seguidamente

hay otra verbalización categorizada como función *discriminativa* y a la que el usuario sí contesta, pero que solo es una pregunta del tipo “¿qué crees?”. Esta última función *discriminativa*, sería “indicando”. En este caso se acuerda que la primera verbalización sería función *discriminativa fallida* y la segunda sería una función *discriminativa sin indicar*, pues estrictamente no se puede considerar que la segunda verbalización indique la dirección de la respuesta.

Teniendo en cuenta el acuerdo en el que explicábamos que, ante una verbalización con posible función discriminativa, por ejemplo, una pregunta, esta puede dividirse en diversas partes y el usuario va respondiendo a ellas de forma diferenciada (con verbalizaciones elaboradas o con asentimientos siempre verbales), se marcarían tantas categorías función *discriminativa* como respuestas elicitadas se observen; concretamos lo siguiente: si en algún momento de la verbalización (normalmente al principio o al final de la misma) aparece cualquiera de las partículas indicadoras del modificador *Indicando* todos los fragmentos de esta verbalización registrados como función discriminativa se convertirán en función Discriminativa Indicando.

Ejemplo:

Terapeuta: “O sea que... volviste a Madrid... (función discriminativa indicando)”

Usuario: “Sí”

Terapeuta: ...Reanudaste tu relación con él... (función discriminativa indicando)”

Usuario: “Sí”

Terapeuta: “...sin problemas...” (función discriminativa indicando)”

Usuario: “Sí, sí, sin problemas”

3.1.3 Función discriminativa. Modificador “Conversacional”

La función *discriminativa conversacional* tendría lugar en los siguientes casos:

- Cuando el terapeuta hace preguntas del tipo “¿me entiendes?” en medio (*) o al final de una categoría estado.

Ejemplo:

Terapeuta: “(...) Ya no estás en un ambiente de indefensión, sin embargo, sigues sintiendo, te sigues comportando como si estuvieses en ese ambiente. ¿Por qué?, porque no has aprendido otras cosas (función informativa), ¿me entiendes? (función discriminativa conversacional)”

(*) Cuando se dice “en medio” no significa que en todo caso tenga que darse entre el final de una categoría estado y el inicio de la siguiente. Podemos encontrarnos con distintas opciones:

Hay ocasiones en las que el usuario intenta hablar durante el discurso del terapeuta y éste “castiga” ese intento de interrupción y después pregunta “¿me entiendes?”, para seguir con la misma verbalización en cuanto el usuario conteste. En ese caso, también ese “¿me entiendes?” sería *Discriminativo conversacional*, aunque entre medias de las categorías estado del terapeuta hubiese una verbalización categorizada como *función de castigo*.

Ejemplo:

Terapeuta: “(...) Entonces esto ha provocado que se mantenga tu problema...” (función informativa)

Usuario: “(intenta interrumpir) pero es que...”

Terapeuta: “Espera un momento (función de castigo bajo). ¿Me entiendes? (función discriminativa conversacional)”

Usuario: “Sí”

Terapeuta: “Tu problema se ha mantenido porque...” (función informativa).

Otras veces nos encontramos con que las verbalizaciones del usuario que interrumpen la función estado del terapeuta son reforzadas por este último, y tras este refuerzo verbaliza una pregunta del tipo “¿me entiendes?”. En ese caso, también ese “¿me

entiendes?” sería Discriminativo conversacional, aunque entre medias de las categorías estado del terapeuta hubiese una verbalización categorizada como función de refuerzo.

Ejemplo:

Terapeuta: “(...) Entonces esto ha provocado que se mantenga tu problema...” (función informativa)

Usuario: “y que yo este mal...”

Terapeuta: “Exactamente (función de refuerzo medio). ¿Me entiendes? (función discriminativa conversacional)”

Usuario: “Sí”

Terapeuta: “Tu problema se ha mantenido porque...” (función Informativa).

Por último, podemos encontrarnos con que después de una verbalización estado el terapeuta insiste varias veces con preguntas del tipo “¿me entiendes?”. En este caso registraremos todos estos discriminativos con el modificador conversacional.

Ejemplo:

Terapeuta: “(...) Ya no estás en un ambiente de indefensión, sin embargo, sigues sintiendo, te sigues comportando como si estuvieses en ese ambiente. ¿Por qué?, porque no has aprendido otras cosas (función informativa), ¿me entiendes? (función discriminativa conversacional)”

Usuario: “Sí”

Terapeuta: ¿Sí? (función discriminativa conversacional)

Usuario: “Sí”

- Se diferenciará de este último punto ejemplos como el siguiente: después de una categoría estado, el terapeuta dice “a ver” (en el sentido de “dime, qué piensas”). Este ejemplo se categorizaría como función *discriminativa*, pero no con el modificador “conversacional” sino con el modificador “sin indicar”.

- Las preguntas del tipo “¿*me entiendes?*” podrían incluir ejemplos como: “¿*no?*”, “¿*sí?*”, “¿*verdad?*”, ¿“*sí o no?*”, “¿*de acuerdo?*”, “¿*Me he explicado?*”, “¿*Te parece bien?*”. Todas estas preguntas se consideran equivalentes a “¿*me entiendes?*” y, por tanto, se registrarán siempre como función *discriminativa conversacional* cuando se hagan en medio o al final de una categoría estado y el usuario conteste a ellas. Si el usuario no contesta, en general, se entenderán y se registrarán como parte del estado previo, pues muchas veces el terapeuta no espera una respuesta por parte del usuario, solamente lo dice a modo de “muletilla”.
- Incluso el siguiente ejemplo también se categorizaría como función *discriminativa conversacional* porque equivaldría a “¿*sí o no?*”: el terapeuta está informando y, llegado un punto, no sabe si se está equivocando o no y le pregunta al usuario “*vamos, no sé si me equivoco o no...*”.
- Otro caso diferente sería cuando el terapeuta hace una de estas preguntas al usuario, pero no después ni en medio de un estado sino en otro momento. Por ejemplo, cuando el usuario está explicando algo y el terapeuta le pregunta, “¿*entonces, sí o no?*”. En este caso, habría que señalar si es función *discriminativa indicando* o *sin indicar* (según los acuerdos, habría que señalar el modificador “sin indicar”).
- También se señalará la categoría función *discriminativa* con el modificador “conversacional” para las verbalizaciones del terapeuta que implican una exclamación ante algo que el usuario está diciendo y que, al mismo tiempo, se hacen en tono interrogativo. Por ejemplo, “¿*en serio?*”, “¿*no me digas?*”, etc.
- También se señalará la categoría función *discriminativa* con el modificador “conversacional” en el momento en que el usuario corte cualquier categoría estado del terapeuta.

Hay veces en que puede haber confusión sobre si la verbalización del terapeuta ya ha terminado y, por tanto, la siguiente verbalización del usuario no se puede entender como interrupción, y cuándo la verbalización es interrumpida y hay que marcar la categoría función *discriminativa conversacional*. Como explicábamos anteriormente, en estos casos se considerará interrupción cuando el usuario hable en mitad de una palabra o frase del terapeuta, es decir, cuando se solapen claramente sus discursos y se pueda escuchar a los dos al mismo tiempo (finalizando la verbalización del terapeuta antes de que el usuario concluya su turno). También se registrará de esta manera cuando parezca que el terapeuta va a seguir hablando (“...y...”, “...para...”). Si se encuentra un caso que no se ajuste a estos criterios no se considerará interrupción.

3.2 Discriminativo fallido

En términos generales, esta categoría tiene lugar cuando el usuario no sigue el discurso del terapeuta. Esto puede darse de diferentes formas, como a continuación se describen:

- El usuario interrumpe al terapeuta, o este último se queda a medias, en la presentación de una posible verbalización con *función discriminativa* porque continúa o inicia un discurso al margen del clínico.
- Verbalizaciones que se inician y que no se pueden registrar dentro de otra categoría ya que el usuario corta el discurso del terapeuta antes de que este pueda terminar la frase.

Ejemplo:

Terapeuta: “Entonces me decías que conseguiste ir al cine con tu vecina...” (discriminativo fallido)

Usuario: “Esta semana me ha costado mucho hacer la limpieza de la casa”

- El usuario contesta con algo que no tiene relación con la pregunta del terapeuta.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Qué tal la semana?” (*discriminativo fallido*)

Usuario: “Me he perdido para llegar...”

- El usuario no contesta una *función discriminativa*, ya sea por ausencia de verbalización o por presencia de una verbalización considerada *lenguaje desorganizado* y que no atiende a lo que acaba de preguntar el terapeuta.

Se registrarán como *función discriminativa* y no como *discriminativo fallido* aquellas verbalizaciones para las que tengamos constancia verbal o no verbal de la respuesta del usuario, ya sea porque la observemos directamente (por ejemplo: asentimiento), o porque el terapeuta se refiera a ella.

En los casos en los que el terapeuta pregunte al usuario, éste no conteste y el terapeuta reformule la pregunta, consideraremos las dos verbalizaciones dentro de la misma y última verbalización discriminativa. Tomamos esta decisión porque muchas veces el terapeuta formula la misma pregunta de diferentes formas sin dejar que el usuario conteste y es imposible decidir cuando ocurre esto o por el contrario cuándo lo que está sucediendo es que el usuario está ignorando la primera verbalización del terapeuta.

A estos acuerdos se añade el siguiente: muchas veces, a lo largo de las categorías estado, el terapeuta pregunta al usuario “¿me entiendes?”, “¿verdad?”, etc. y no espera respuesta de él, pues sigue hablando a continuación. Sin embargo, hay alguna vez que después de “¿me entiendes?”, el terapeuta para y espera una respuesta del usuario e incluso muchas veces repite la pregunta. En estos casos, la falta de respuesta del usuario haría que se registrara la verbalización del terapeuta como categoría *discriminativo fallido*.

Hay algunas veces que el terapeuta hace una pregunta y el usuario cabecea. En estos casos hay que diferenciar entre las preguntas cerradas sí/no, en las que un cabeceo serviría como respuesta, y las preguntas abiertas, en las que un cabeceo no serviría como respuesta a la pregunta. Entonces, proponemos que ante las preguntas sí/no en las que el usuario cabecea,

la categoría *función discriminativa* no se considere “fallida”. Sin embargo, en las preguntas abiertas en las que solo haya un cabeceo por respuesta, sí hay que considerarlas “fallidas”.

Se presenta el siguiente **cuadro resumen** que incluye todas las posibilidades mencionadas en los distintos acuerdos a lo largo del presente documento, en torno a la diferencia entre los momentos en que ante una pregunta del terapeuta del tipo “¿*me entiendes?*” en medio de una categoría estado, hay que registrar *función discriminativa conversacional* o *categoría discriminativo fallido* y cuándo no se tiene que registrar la *función discriminativa*.

	<i>Si se ve la cabeza del usuario (de modo que se pudiera ver un asentimiento o negación)</i>	<i>Si <u>no</u> se ve la cabeza del usuario (de modo que <u>no</u> se pudiera ver un asentimiento o negación) y tampoco existe respuesta verbal</i>
<i>Si el terapeuta está mirando al usuario para esperar su respuesta</i>	→ Si el usuario contesta verbalmente y/o con la cabeza: <u>d. conversacional</u> → Si no contesta ni verbalmente ni con la cabeza o responde otra cosa: <u>f. discriminativo fallido</u>	<u>No se registra nunca f. discriminativa</u> (*)
<i>Si el terapeuta no está mirando al usuario</i>	→ Si el usuario contesta verbalmente y/o con la cabeza: <u>d. conversacional</u> → Si no contesta ni verbalmente ni con la cabeza: <u>no se registra f. discriminativa</u>	<u>No se registra nunca f. discriminativa</u>

(*) Hay dos excepciones en esta regla: 1) Se daría en el caso en que el terapeuta pregunte una primera vez, por ejemplo, “¿*me entiendes?*” y el usuario no conteste verbalmente (y no se ve su cabeza) y entonces lo pregunta una segunda vez. En este caso, aunque no se escuche de nuevo una respuesta verbal (y se sigue sin ver la cabeza), se da por hecho que el usuario ha tenido que asentir con la cabeza pues, si no, el terapeuta lo volvería a preguntar; por tanto, el segundo discriminativo se registraría como “conversacional” (y el primero como “fallido”). 2) Cuando una respuesta del usuario, aunque sea no elaborada, altera el discurso del terapeuta, también se interrumpiría el estado que esté teniendo lugar y se registraría *Discriminativo conversacional*. Incluso en el caso de que no veamos la respuesta del usuario

ni la escuchemos pero se pueda entender ésta por la respuesta del terapeuta (“claro”, “ya”, etc.), entonces se registraría *función discriminativa conversacional* en el terapeuta y también la supuesta respuesta del usuario.

Ejemplos:

Terapeuta: “(...) ¿Me entiendes?” (categoría discriminativo fallido)

Usuario: (no se oye ni se ve nada)

Terapeuta: ¿Me entiendes?” (función discriminativa conversacional)

Usuario: (no se oye ni se ve nada)

Terapeuta: “(...) ¿Me entiendes?” (función discriminativa conversacional)

Usuario: (no se oye ni se ve nada)

Terapeuta: “Claro, es eso, lo que te decía, que (...)”

3.3 Función de refuerzo

Se registrará cada verbalización con posible valor de refuerzo como *categoría evento*, tanto si afecta a la conducta general de hablar, como a la de proporcionar información, etc., del usuario.

Aunque es muy posible que algunas verbalizaciones del terapeuta pudieran tener función de reforzamiento negativo (por ejemplo, cuando ante una pregunta del usuario el terapeuta da una explicación técnica sobre su problema reduciendo así el malestar previo del usuario ante el temor a “tener algo extraño”), no consideraremos esta posible funcionalidad en el sistema de categorías.

Se registrará la ocurrencia de la categoría *función de refuerzo* al inicio de la verbalización codificada y no al final de la misma.

En la conversación entre terapeuta y usuario cada verbalización del terapeuta podría funcionar como refuerzo de la anterior conducta del usuario así como discriminativo de la siguiente conducta de éste, es decir, nos encontraríamos ante un proceso de encadenamiento

verbal. Sin embargo, a la hora de registrar nos guiaremos por los siguientes criterios para decidir si marcamos la categoría función *discriminativa* o función *de refuerzo*:

- Cuando se considere que la función discriminativa y reforzante podrían darse conjuntamente pero en elementos claramente separados (Por ejemplo: “Muy bien. Cuéntame”), se registrará en primer lugar la categoría función *de refuerzo* seguida inmediatamente la categoría función *discriminativa*.
- En el resto de los casos donde podrían darse simultáneamente las funciones discriminativa y de refuerzo en una misma verbalización (por ejemplo, cuando el terapeuta se anticipa al usuario y termina su frase, cuando tras una verbalización del usuario hace exclamaciones del tipo “¿sí?”, “¿de verdad?”, “¿no me digas?”, etc., o bien cuando verbaliza cosas como “muy bien”, “estupendo”, “genial”), se decidirá si prima una u otra función atendiendo a los siguientes criterios:
 - a. Prevalecerá la categoría función *discriminativa* frente a la función *de refuerzo* (suponemos que la verbalización del terapeuta estaría discriminando el cambio en el comportamiento del usuario) en los casos en los que el terapeuta verbalice exclamaciones del tipo “¿sí?”, “¿de verdad?”, “¿no me digas?”.

Ejemplo:

Usuario: “Ayer hice todo lo que me mandaste”

Terapeuta: “¿No me digas?” (función discriminativa).

Usuario: “Sí, la verdad es que estoy muy contenta”

Hacemos explícito en este acuerdo que incluso en los casos en los que este tipo de verbalizaciones repitan lo que acaba de decir el usuario (suele ocurrir con el “¿sí?”, “¿no?”) y se solape el discriminativo con el posible refuerzo de repetición decidimos siempre registrar función discriminativa.

Terapeuta: “¿estás de acuerdo?” (función discriminativa conversacional).

Usuario “Sí...”

Terapeuta: “¿Sí?”(el tono de esta verbalización suele ser muy ambiguo y provoca que sea imposible decidir si el terapeuta está repitiendo lo que ha dicho el usuario o está preguntando de nuevo para asegurarse) (función discriminativa conversacional).

- b. En los casos en los que el terapeuta se anticipa y completa una verbalización del usuario y en los casos en los que verbaliza cosas que socialmente se entienden como reforzantes, como “muy bien”, “estupendo”, “genial”, consideraríamos que estamos ante un supuesto refuerzo y registraríamos la categoría función de refuerzo (aunque esta verbalización pueda alterar la siguiente verbalización del usuario).

Ejemplos:

Usuario: “Ayer hice todo lo que me mandaste...”

Terapeuta: “¡Qué bien!” (función de refuerzo)

Usuario: “...sí, la relajación, la respiración y la exposición”

Usuario: “Ayer hice todo lo que me mandaste...”

Terapeuta: “Para la semana” (función de refuerzo).

Usuario: “...sí, para la semana, la relajación, la respiración y la exposición”

- c. En los casos en los que el terapeuta repite lo que acaba de decir el usuario consideraremos que estamos ante un supuesto refuerzo y registraríamos la categoría función *de refuerzo* (aunque esta verbalización pueda alterar la siguiente verbalización del usuario).

Ejemplo:

Usuario: “Y me lo repitió en todo momento...”

Terapeuta: “...en todo momento...” (función de refuerzo).

Usuario: “...sí, que tranquila, que adelante...”

Únicamente actuaremos de manera diferente a lo que dice este punto en los casos en los que la repetición de la última verbalización forme parte de una pregunta del terapeuta con un claro tono interrogativo.

Ejemplo:

Usuario: “Y me lo repitió en todo momento...”

Terapeuta: “... ¿en todo momento?...” (función discriminativa).

Usuario: “...sí, a todas horas...”

Hay ocasiones en las que es muy difícil discernir si lo que está diciendo el terapeuta tiene este claro tono interrogativo. En estos casos en los que dudemos si la verbalización del terapeuta que repite lo que acaba de decir el usuario es simple repetición o es una pregunta registraremos siempre *función de refuerzo*.

- En ocasiones el terapeuta repite varias veces seguidas una misma o parecida verbalización codificable como función *de refuerzo*, por ejemplo, “muy bien, muy bien, perfecto”. En estos casos acordamos que si el usuario continúa hablando entre estas verbalizaciones del terapeuta, entonces se categorizará de forma individual cada verbalización del terapeuta, pero si no habla entre ellas o se superponen y son muy seguidas en el tiempo, se registrarán como una única categoría función *de refuerzo*.

Cuando, durante la presentación de una verbalización codificable como *función informativa, función motivadora* o *función instructora*, el terapeuta incluye en su discurso elementos de una verbalización que el usuario acaba de presentar, solo se marcará la categoría función *de refuerzo* si:

- El discurso del terapeuta se altera notablemente tras la emisión de la conducta verbal del usuario, se solape o no ésta, total o parcialmente, con la verbalización del terapeuta.

Ejemplo:

Terapeuta: “Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes...” (función informativa)

Usuario: “Sí, ya no vas el miércoles”

Terapeuta: “Eso es (función de refuerzo), ya no voy el miércoles ni el jueves y al final no voy nunca” (función informativa)

- El discurso no se altera notablemente pero la conducta del terapeuta sigue claramente a la conducta del usuario y retoma de algún modo lo dicho por éste previamente. Si se superponen ambas emisiones verbales, no se registrará *función de refuerzo* sino que se considerará que el terapeuta sigue con la función que estaba presentando antes de que el usuario hablase.

Ejemplos:

Terapeuta: “Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes...” (función informativa)

Usuario: “Sí, ya no vas el miércoles”

Terapeuta: “ ya no voy el miércoles (función de refuerzo) ni el jueves y al final no voy nunca” (función informativa)

Terapeuta: “Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes, ya no...” (función informativa)

Usuario: “Sí, ya no vas el miércoles”

Terapeuta (superponiéndose a la verbalización del usuario): “... voy el miércoles ni el jueves y al final no voy nunca” (función informativa)

Verbalizaciones del tipo “Lo estás haciendo muy bien” podrían considerarse potencialmente reforzantes no porque “traten de reforzar” la verbalización del usuario inmediatamente anterior en la forma exacta en la que se da, sino porque puede tener su “efecto” sobre parte de dicha verbalización previa que cobra sentido por todo lo que se ha estado hablando anteriormente en la sesión.

Los recursos conversacionales con los que a menudo se introducen algunas verbalizaciones (“bueno, pero”, “claro, pero fijate...”, “ya, pero...”), no se registrarán. Únicamente si el matiz aprobatorio es muy notable, se señalará la categoría función *de refuerzo* al inicio de la oración. Debido a que este matiz aprobatorio es muy difícil de detectar, se hacen los siguientes acuerdos:

- En el caso de que se dé uno de estos “enlaces conversacionales” al principio de una categoría *estado*: nunca se considerarán como refuerzos los enlaces conversacionales que entren en la categoría función *de refuerzo bajo* (a excepción de los que sean *refuerzos bajos por repetición de lo que acaba de decir el usuario o por terminar la frase de este*) pero sí los que se categoricen con los modificadores “medio” o “alto”. De esta manera, los que quedarían fuera son los posibles refuerzos de menos intensidad, no se perderían “refuerzos potentes”, en caso de perderse alguno, y esto da lugar a mucho más acuerdo entre observadores. Para que una verbalización que en principio se categorizaría como función *de refuerzo bajo* “pasara” a ser *función de refuerzo medio*, ésta tendría que emitirse con un tono enfático y, para poder determinar esto de la manera más objetiva posible, habría que comparar el tono con que se ha emitido con el tono medio que está utilizando el terapeuta en las últimas verbalizaciones. Si es más enfático, entonces sería función *de refuerzo medio* y no “bajo”. También podría ocurrir que “pase” a ser *función de refuerzo medio* porque se repita la palabra, como por ejemplo, si el terapeuta dice “*claro, claro, pero...*” o “*ya, ya, pero...*” (ver los acuerdos sobre modificadores del refuerzo).
- En el caso de que se dé uno de estos “enlaces conversacionales” antes de una verbalización *evento* (fundamentalmente ocurrirá en el caso de la función *discriminativa*), se pueden dar las siguientes variaciones:
 - a. Que haya una verbalización que se podría categorizar como función *de refuerzo*, de cualquier intensidad, claramente separada de la verbalización

posterior del clínico: en este caso sí se señalará función *de refuerzo* al inicio de la verbalización del terapeuta.

Ejemplo:

Usuario: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”

*Terapeuta: “Bien (función de refuerzo bajo). ¿También crees que los demás lo creen?”
(función discriminativa sin indicar)*

A veces la dificultad puede consistir en decidir cuando las dos verbalizaciones están “claramente separadas”. Si tenemos dudas porque haya un “*ehh*” en medio o un largo silencio también registraríamos el refuerzo bajo.

- b. Que haya una verbalización que se podría categorizar como función *de refuerzo*, de cualquier intensidad, ligada a la verbalización posterior del clínico con la conjunción “y”: en este caso sí se señalará función *de refuerzo* al inicio de la verbalización del terapeuta.

Ejemplo:

Usuario: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”

*Terapeuta: “Bien (función de refuerzo bajo), y ¿también crees que los demás lo creen?”
(función discriminativa sin indicar)*

- c. Que haya una verbalización que se podría categorizar como función *de refuerzo*, ligada a la verbalización posterior del clínico con la conjunción “*pero*” “*o sea*” “*entonces*” (o con cualquier otra conjunción o construcción gramatical que no sea “y”): en este caso solo se registrará la verbalización con la categoría función *de refuerzo* cuando ésta se pueda categorizar con los modificadores “medio” o “alto”, no con el modificador “bajo”, pues en este último caso se considerará un enlace conversacional.

Ejemplos:

Usuario: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”

Terapeuta: “Muy bien (función de refuerzo medio), pero ¿también crees que los demás lo creen?” (función discriminativa sin indicar)

Usuario: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”

Terapeuta: “Bien, pero ¿también crees que los demás lo creen?” (función discriminativa sin indicar).

Usuario: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”.

Terapeuta: “Claro, pero ¿también crees que los demás lo creen?” (función discriminativa sin indicar).

Usuario: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”.

Terapeuta: “Ya, ya (función de refuerzo medio), pero ¿también crees que los demás lo creen?” (función discriminativa sin indicar).

En ocasiones el terapeuta logra cortar el discurso del usuario introduciendo elementos conversacionales del tipo señalado, éstos no se categorizarán como función *de castigo* sino que se reservará esta categoría para verbalizaciones con un contenido desaprobatorio o “cortante” claro.

Ejemplos:

Usuario: “Es que yo no voy a ser como su madre y a hacerle todo y si quieres un vaso de agua yo te lo traigo y...”

Terapeuta: “Espera (función de castigo), ¿cuántos años lleva Santi viviendo con su madre y acostumbrado a que se lo hagan todo?” (función discriminativa)

Usuario: “Al final tuve que ir aunque no me apetecía nada...”

Terapeuta: “Claro, pero, fíjate, ¿qué consecuencias habría tenido que no fueras? Absolutamente ninguna” (función motivadora)

En el caso de que la verbalización introducida con los elementos conversacionales del tipo señalado trate de superponerse al discurso del usuario pero no lo consiga al

verse interrumpida por el habla de éste, se categorizará dicha verbalización del clínico dentro de la categoría *Otras*.

Ejemplo:

Usuario: “Si no es que a mí no me gusten los pimientos...”

Terapeuta: “Claro, pero...” (Otras)

Usuario: “... de hecho a mí me encanta el pescado con pimientitos asados...”

Terapeuta: “Claro, pero si...” (Otras)

Usuario: “... solo que soy incapaz de llegar a casa y prepararlos porque lo que realmente me apetece en esos momentos es tomarme un bocadillo”

Terapeuta: “Claro, pero si empiezas a introducir esos alimentos por la noche, cada vez estarás más acostumbrada a comerlos y te costará menos prescindir del bocadillo” (función motivadora)

No se registrarán con la categoría función *de refuerzo* los casos en los que hay una verbalización del terapeuta que es un supuesto refuerzo en mitad de una verbalización con otra función, de manera que no se sabe muy bien lo que se está reforzando, o bien sí se sabe, pero no es la verbalización inmediatamente anterior. Y no se considerarán *función de refuerzo* porque no se puede decir que refuercen algo concreto de la conducta del usuario que haya ocurrido justo anteriormente. Por tanto, cuando se habla de la categoría función *de refuerzo* es necesario que se “refuerce” una conducta del usuario que ha ocurrido inmediatamente antes.

Ejemplo:

Terapeuta: “Sobre tu comportamiento, lo que yo te quiero decir es que la conducta, lo que ocurre, no es fruto de las circunstancias en el sentido azaroso que tú dices, pero es verdad que la conducta se explica por el contexto, en eso estoy de acuerdo, totalmente de acuerdo. O sea, las cosas no salen de dentro, como tú dices aquí, sino que las explica el contexto, ahí estoy totalmente de acuerdo, pero eso no le resta valor, porque uno, igual que su conducta es

explicada por el contexto, tiene la capacidad de alterar el contexto con su conducta, hay una interacción. O sea, precisamente, las conductas, este tipo de conductas son operantes, porque operan en el medio, porque lo cambian, ¿de acuerdo?” (función informativa)

En los casos en los que una verbalización “refuerza” una conducta motora del usuario, pero no una verbalización, no se registrará la categoría función *de refuerzo*. Por ejemplo, cuando el usuario trae las tareas, se las da al terapeuta y, sin que haya una verbalización del usuario antes, el terapeuta dice algo así como “¡Muy bien!”. En este caso se registraría como función *informativa*.

El siguiente acuerdo se aplica a las categorías función *de refuerzo* y función *de castigo*. Hay veces que después de decirle al usuario que sí o que no, se da una explicación de por qué. Muchas veces esta explicación se da en la siguiente forma:

Ejemplo: “sí, sí, sí, sí, te entiendo perfectamente porque...”

Ejemplo: “no, no, no, no, esto no es así porque...”

La primera parte se categorizaría como función *de refuerzo* o función *de castigo* y la segunda parte como función *informativa*, pero es difícil saber dónde cortarlo. Se acuerda que solo habría que señalar *función informativa* a partir de la explicación, que empezaría a partir de “*porque*” o una expresión similar, en su caso.

Para la función *de refuerzo* se han establecido tres modificadores, tres de ellos referidos a la intensidad de la verbalización del terapeuta, que se explicarán en las siguientes páginas.

Durante una categoría estado (haciendo referencia a estos acuerdos, pero se puede generalizar a cualquier situación de la terapia), si el terapeuta refuerza una conducta (“has hecho el registro muy bien”, “cuando te expresaste de esta manera lo hiciste muy bien”) o una verbalización clara, se registrará como refuerzo. Y se considera el refuerzo tanto la partícula “reforzante” como la especificación de la conducta o verbalización que se va a reforzar (con la finalidad de no segmentar excesivamente). Pero si no está claro qué está siendo reforzado, se continúa con la categoría estado que corresponda.

En una categoría estado interrumpida por el usuario con una verbalización que no tiene verbo con valor predicativo, si no está claro si la verbalización siguiente del terapeuta es un refuerzo o no, o si modifica su discurso o no (porque la verbalización tiene sentido sin la necesidad de incorporar la partícula del usuario), no se segmentará el registro.

3.3.1 *Función de refuerzo. Modificador “Bajo”*

Se incluirán palabras o expresiones de aprobación neutras por su contenido. También incluye verbalizaciones que tienen lugar mientras el usuario está hablando y cuya hipotética función es dar a entender que el terapeuta está atento y escuchando el discurso del usuario, así como aquellos refuerzos que el terapeuta emite en medio de verbalizaciones del usuario, a modo de asentimientos verbales, que no son contingentes a objetivos terapéuticos verbalizados por el usuario (cuando los hipotéticos refuerzos del terapeuta tengan este objetivo y vayan en mitad del discurso del usuario, se registrarán como función de refuerzo alto conversacional). Por último, también se incluyen en este modificador verbalizaciones en que el terapeuta no emite sonido, o lo hace en un volumen prácticamente imperceptible, pero que parece indicar que expresa palabras como “vale”, “claro” o “sí”, ya que parece poco probable que vaya a emitir expresiones más contundentes de esa manera.

- Repetir lo que la persona ha dicho
- Terminar la verbalización del usuario
- “Bien”, “Claro”, “Vale”, “Hombre” (palabra que también puede ser *función de castigo* según el tono), “Bueno” (palabra que también puede ser *función de castigo* según el tono), “Eso es”, “Ya”, “Por eso”, “Es eso”, “En una palabra”, “Desde luego”, “También”

3.3.2 *Función de refuerzo. Modificador “Medio”*

Se incluirán palabras o expresiones de aprobación más contundentes por su contenido, incluyendo agradecimientos.

- “Muy bien”, “¡Qué bien!”, “Te entiendo” o “entiendo lo que dices”, “A eso me refiero”, “Por ejemplo” (en el sentido de ¡eso es!), “Totalmente”, “Evidentemente”, “Exactamente”, “Claramente”, “Indudablemente”, “Eso está bien”, “No lo dudo”, “Estoy segura”, “A eso me refiero”, “Estoy de acuerdo contigo”, “Por supuesto”, “Claro que sí”, “De acuerdo”, “Absolutamente”, “Estupendo”, “No me extraña”, “A eso voy”, “Está claro”, “Es verdad”, “Sin duda”, “Por ejemplo”, “Te agradezco que hayas venido”, “¡Qué bien que hayas venido!”

3.3.3 *Función de refuerzo. Modificador “Alto”*

Se incluirán palabras o expresiones de aprobación enfáticas por su contenido.

- “Fenomenal”, “Genial”, “Excelente”, “Perfecto”, “Me encanta”, “Bien, qué alegría me das”, “Maravilloso”, “Estoy totalmente de acuerdo contigo”, “Te entiendo perfectamente”
- Explicar con palabras enfáticas por qué se aprueba: “Bien, muy bien, has hecho una gran tarea”, “Vale, muy bien, considero todo un logro que lo hayas dicho”.

Si el refuerzo alto aparece en mitad del discurso del usuario lo registraríamos como refuerzo alto conversacional. Tomamos esta decisión porque consideramos que este tipo de expresiones buscan reforzar el contenido de las verbalizaciones del usuario y no el mero hecho del discurso. Añadimos el modificador conversacional solo por una cuestión práctica, para facilitar el registro del usuario.

3.4 Función de castigo

A la hora de registrar la categoría función *de castigo* solo se marcará su ocurrencia, nunca su duración, haciéndola coincidir con el inicio de la verbalización que se codifique dentro de esta categoría.

Cuando se señala la categoría función *de castigo*, al igual que en la función *de refuerzo*, es necesario que haya ocurrido una conducta del usuario susceptible de ser castigada inmediatamente antes.

En verbalizaciones del tipo: “*Espera, estoy de acuerdo pero...*” podemos detectar un castigo al inicio de la frase y un refuerzo después pero solo será registrado lo primero que dice, es decir, en este caso el castigo.

Se decide utilizar únicamente la categoría función *de castigo* en aquellos casos en los que se observe un desacuerdo claro para evitar inferencias subjetivas que disminuyan el acuerdo entre observadores. Para decidir si estamos ante un ejemplo de un claro desacuerdo habrá que recurrir, en muchos casos, a otros indicadores además de la conducta verbal (tono de voz, postura, gestos, etc.).

Ejemplo:

Usuario: “Eso me va a costar más”

Terapeuta: “¡No te preocupes! () (**) Para eso estoy yo.”*

() Acompañado de un tono desaprobatorio.*

*(**) Una verbalización del tipo “No te preocupes” podría, sin embargo, ser categorizada de diversas formas:*

- *Función de castigo:* como en este caso donde el terapeuta busca cortar las verbalizaciones de continua preocupación del usuario.
- *Función instructora:* solo cuando se incluya dentro de un conjunto mayor de verbalizaciones que impliquen pautas de actuación a seguir fuera de la consulta.

- *Otras*: no tendría función si es un recurso meramente conversacional para cambiar de tema
- *Función motivadora*: Incluida dentro de una expresión del tipo “*Esta vez también lo vas a pasar muy bien, no te preocupes*”.

El desacuerdo que pretende codificar la categoría función *de castigo* puede reflejarse también en una verbalización del terapeuta que trata de “cortar”, interrumpir, evitar que aparezcan, etc., ciertas verbalizaciones del usuario. Solo se marcará función *de castigo* cuando se utilicen palabras muy explícitas para cortar, como “*para*”, “*espera*”, “*un momento*”, etc., y se consiga el efecto esperado. Ahora bien, cuando no se consigue cortar al usuario de esta manera, no se marcará la categoría función *de castigo* sino la categoría *Otras*.

Las palabras que se utilizan para cortar el discurso del usuario y que, si no tienen efecto, se categorizarán como *Otras* en lugar de *función de castigo*, serían palabras como: “*espera*”, “*calla*”, “*atiéndeme*”, etc. Sin embargo, decir “*no, no*” se considerará siempre como expresión de castigo, no específicamente para cortar el discurso, sino para mostrar desacuerdo. Entonces, si se dice “*no, no*” y el usuario no se calla, se registrará función *de castigo*, no *Otras*, pues el terapeuta ha mostrado su desacuerdo. Ahora bien, no siempre “*no, no*” indica función *de castigo*, podría ser, por ejemplo, parte de una función *informativa* (“*No, no quería decir eso*”).

No ha de registrarse la categoría función *de castigo* en aquellas secuencias donde hipotetizamos que el terapeuta está poniendo al usuario en extinción. La extinción en la interacción terapeuta-usuario podría darse cuando ocurre un cambio de tema (emisión de un nuevo estímulo discriminativo) en ausencia de reforzador tras la conducta del usuario. Que el terapeuta no muestre acuerdo (extinción), no significa necesariamente que esté castigando.

Ejemplo:

Terapeuta: “Vale, entonces, ¿estás por encima de los demás en cuanto a tu actuación en tu trabajo?” (función discriminativa)

Usuario: “Vale”

Terapeuta: “No, vale no, (función de castigo) ¿sí o no?” (función discriminativa)

Usuario: “Me falta información para decirlo”

Terapeuta: “Volvemos a empezar” (función discriminativa, no de castigo, se pone al usuario en extinción)

Usuario: “Es que...”

Terapeuta: “Bien, resulta que tu jefa hace todo un laudatorio” (función discriminativa, no de castigo, suponemos que se somete al usuario a un proceso de extinción)

Hay que tener cuidado con las palabras que solemos considerar castigo, pues hay veces que no se deben categorizar como función *de castigo* porque hay que entenderlas en el contexto de lo que está diciendo el terapeuta y no tienen un tono de desaprobación. Por ejemplo, “(sin tono de desaprobación) *Vamos a ver... (y explica algo)*” (función informativa). Hay que prestar atención al significado de lo que quiere decir el terapeuta, no dejarnos llevar por la forma, por la palabra que se utilice.

Cuando una verbalización que interrumpe al usuario podría tener al mismo tiempo dos funciones, la de castigo y otra más (por ejemplo, *función discriminativa* o *informativa*), se da prioridad a la segunda marcando la categoría función *de castigo* solo en aquellos casos en los que haya un elemento aislado que pueda tener una función punitiva.

Ejemplos:

Usuario: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”

Terapeuta: “Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?” (función discriminativa)

Usuario: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”

Terapeuta: “O que se le ha olvidado, o que se ha dejado el móvil en el despacho, o que hay mucho ruido y no oyó el teléfono... las explicaciones posibles son infinitas” (función informativa)

Usuario: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”

Terapeuta: “Espera, para un momento (función de castigo). Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?” (función discriminativa)

Usuario: “No...”

Terapeuta: “No, ese sí dubitativo no me sirve (función de castigo). Volvemos a empezar” (función discriminativa).

En estos casos se ven dos partes de la verbalización: una primera con *función de castigo* (“Espera, para un momento”, “No, ese sí dubitativo no me sirve”) y una segunda con *función discriminativa* (“Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?”, “Volvemos a empezar”). Estos casos son distintos de cuando el terapeuta añade solo esta segunda parte (“Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?”, “Volvemos a empezar”), con tono de enfado o desaprobación, entonces priorizaríamos la *función de castigo* sobre la *función discriminativa*, aunque sabemos que también se da ésta última. Sin embargo, cuando se dan las dos partes, consideramos importante señalar los dos matices que tienen lugar.

Algunos otros ejemplos de duda entre la *función discriminativa* y la *función de castigo* serían los siguientes.

Ejemplos:

Terapeuta: “Pues ya me dirás entonces por qué”

Terapeuta: “¿Ah, sí? (en tono serio)”

En estos casos prevalecerá el matiz discriminativo al de castigo, porque se le está pidiendo explícitamente a la persona una respuesta.

La categoría función *de castigo* puede aparecer junto a una verbalización codificada como función *discriminativa*. Puesto que hipotetizamos que el castigo se aplica cuando el usuario se sale de la línea que el terapeuta pretende seguir para tratar de redirigirlo, le damos más importancia a la función de castigo que tendría relevancia sobre la función *discriminativa* puramente conversacional de modo que se registraría la categoría función *de castigo* y no la categoría función *discriminativa* cuando una misma verbalización pudiera cumplir los criterios de ambas. Se pueden dar los siguientes casos que se registrarían de la siguiente manera:

- Casos en los que la función *discriminativa* y de castigo podrían darse conjuntamente pero en elementos claramente diferenciados (por ejemplo: “Me parece muy mal. Cuéntame”). En estas ocasiones, habrá que registrar primero la categoría función *de castigo* seguida de la categoría función *discriminativa*.
- Casos en los que la verbalización del clínico trata de cortar la secuencia. En estas ocasiones parece apropiado registrar una única categoría: la de *función de castigo* (por ejemplo: “Muy mal”).

Para la función *de castigo* se han establecido tres modificadores, todos ellos referidos a la intensidad de la verbalización del terapeuta, que se explicarán en las siguientes páginas.

3.4.1 Función de castigo. Modificador “Bajo”

Se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación neutras por su contenido, así como aquellas que intentan reconducir el tema de la terapia tras una verbalización por parte del usuario (normalmente *lenguaje desorganizado*).

- Según el tono: “No”, “Hombre”, “Bueno”, “Oye”, “Vamos a ver”, “Volvemos a empezar”

- Las palabras para cortar el discurso (“espera”, “para”, “calla”, etc.), cuando consiguen el efecto buscado. Cuando van al inicio de frase, serán *función de castigo* y no enlace conversacional, por su matiz desaprobatorio
- “Vale, pero vamos a centrarnos ahora en esto, que lo otro ya lo hemos visto”
- “Vale, pero ese no es el tema del que estábamos hablando”

3.4.2 Función de castigo. Modificador “Medio”

Se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación más contundentes por su contenido.

- “No, eso no es así”, “No, ese sí dubitativo no me sirve”, “No estoy de acuerdo”

3.4.3 Función de castigo. Modificador “Alto”

Se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación mostrando enfado o ironía.

- “Evidentemente, todos pueden ser unas nulidades y (...) en el país de los ciegos, el tuerto es el rey”

Debemos tener en cuenta que la lista de modificadores del castigo es más compleja de enumerar ya que para esta categoría el lenguaje no verbal, los gestos y sobre todo el tono, muchas veces serán la clave para decidir si la verbalización del terapeuta es o no castigo.

Tanto en las categorías *función de refuerzo* como *de castigo* puede ocurrir que se den varias expresiones seguidas pertenecientes a la misma categoría y esto influye en el modificador que finalmente se elija en cuanto a la intensidad. En todos los casos, cuando se dan las siguientes combinaciones, se elegirá el modificador que se indica:

- Bajo + medio = modificador medio
- Bajo + bajo (tantas repeticiones como se den) = modificador medio

- Medio + medio = modificador alto
- Bajo o medio + alto = alto

Siempre se tendrá en cuenta el tono con que se emiten estas verbalizaciones de manera que, si el tono es enfático, se elegiría la categoría función *de refuerzo* o de *castigo* con el siguiente modificador de intensidad según lo que correspondería por el contenido de la verbalización en función de lo indicado anteriormente.

Referente al tono, hay ejemplos en los que es fundamental, incluso para distinguir si es castigo o refuerzo.

Ejemplo:

Terapeuta: “Jo, que si es bonito...” (con tono claro de sorpresa)

Esta verbalización sería función *de castigo* por el tono, que indica a la persona que cómo puede afirmar eso ante la evidencia que se le está mostrando.

3.5 Función informativa

Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que incluye).

Si al dar una información el terapeuta va cambiando de contenidos pero no hay nada que interrumpa su discurso o la interrupción del usuario no es significativa (no incluye al menos un verbo con valor predicativo o no es reforzada verbalmente por el terapeuta), todo se registra dentro de la misma categoría función *informativa*. En cambio, si el discurso del terapeuta se ve modificado por algo que dice o hace el usuario, entonces habría que parar ese *estado informativo* inicial y volver a marcar otro diferente puesto que ha sido discriminado por una respuesta concreta y nueva del usuario.

En cuanto a las verbalizaciones breves del terapeuta sobre lo que se va a hacer en sesión (por ejemplo, “pues entonces eso sí me gustaría que lo viéramos con un poco más de calma”) decidimos que todas queden dentro de la categoría función informativa. Sabemos

que en ocasiones son recursos para introducir un tema y no tienen mucho peso desde el punto de vista clínico pero es muy difícil decidir en qué ocasiones es claramente *función informativa* y en cuáles no. Por ello tomamos esta decisión práctica ya que al valorar cada ejemplo específico caemos demasiado en inferencias.

Un listado de contenidos que se categorizan frecuentemente como función *informativa* es el siguiente (esto no implica que estos contenidos no puedan incluirse dentro de otra categoría si se ajustan mejor a los criterios de ésta):

- Explicación del análisis funcional
- Presentación de ejemplos para ilustrar las explicaciones del terapeuta
- Anticipación y/o explicación de tareas o actividades que se van a hacer en sesión
- Aclaración de por qué se dice algo al usuario, de por qué el terapeuta está haciendo algo en sesión o de por qué propone una determinada estrategia
- Planteamiento de visiones alternativas a la del usuario
- Explicación de objetivos terapéuticos y técnicas a utilizar
- Reajuste de objetivos terapéuticos

En algunas ocasiones puede resultar difícil distinguir entre las categorías función *de castigo* o *de refuerzo* y *función informativa* cuando aparecen verbalizaciones en las que se incluye información que muestra desacuerdo/desaprobación o acuerdo/aprobación, respectivamente, con la conducta previamente emitida por el usuario. En estos casos se aplicarán los siguientes criterios para la categorización:

- Información “negativa”:
 - a. Cuando el desacuerdo sea claro y no se presente ninguna información adicional (por ejemplo, en el uso de la ironía), se registrará función *de castigo*:

Ejemplos:

Terapeuta: “¿Crees que haces bien tu trabajo?”

Usuario: “Sí”

Terapeuta: “No, ese sí dubitativo no me sirve” (función de castigo)

Terapeuta: “Bueno, te vuelvo a poner el ejemplo, si de los demás dijese que ha sido excepcional, ya no tendría sentido la palabra excepcional”

Usuario: “Pero también podrían decirlo, sí, no sé”

Terapeuta: “Evidentemente, también podrían decir de los demás que son unas nulidades y que solo tú eres buena, con lo cual excepcional también...” (función de castigo)

Aun así, en muchas ocasiones, es difícil discernir si el contenido de la verbalización del terapeuta es solo sarcástico o es información adicional. Por ejemplo, cuando el terapeuta contesta a una verbalización del usuario de forma irónica pero incluyendo información: “No, especial unido a toda esta descripción puede ser especial porque eres negada, eres nula, quien te manda un trabajo lo haces fatal, no eres capaz de expresarte, cometes faltas de ortografía, tu forma de dirigirte a tus compañeros es despreciativa, eres humillante, etc., eso es también ser especial”. Aunque se podrían confundir con la categoría función *informativa*, este tipo de ejemplos se categorizarán como función *de castigo*, porque la “información” se le da al usuario con un tono que ridiculiza o ironiza lo que está explicando. En el ejemplo anterior se puede ver que no se pretende explicar que las anteriores descripciones son de personas especiales, sino poner en evidencia al usuario que lo que acaba de decir no es correcto. Por el contrario, si se priorizara la parte informativa, sería función *informativa*, no función *de castigo*.

- b. Cuando el desacuerdo sea claro y vaya seguido de una explicación posterior que informa (independientemente de que ésta se haya presentado previamente o no), se marcarán las dos categorías:

Ejemplos:

Terapeuta: “No, ese sí dubitativo no me sirve (función de castigo). Voy a volver a hacerte la pregunta porque lo único que quiero es que me contestes un sí contundente” (función informativa)

Usuario: “Si solo tuviera un sentido”

Terapeuta: “Solo hay uno (función de castigo): el que está por encima de la norma (función informativa)”

- c. Cuando se da una mera explicación que puede conllevar cierta oposición a lo dicho previamente por el usuario pero que fundamentalmente aclara y proporciona información (aunque ya se haya presentado dicha información en otro momento anterior de la sesión), se registrará exclusivamente la categoría función *informativa*:

Ejemplo:

Terapeuta: “Bien, resulta que tu jefa ha hecho todo un laudatorio...”

Usuario: “Tendría que saber cómo valora a todos, ¿no?”

Terapeuta: “Bien, independientemente de cómo los evalúen, el hecho de utilizar la palabra excepcional es lo que me da pie para hacerte esta pregunta, si no, yo simplemente diría que eres maravillosa y probablemente estés en un equipo de maravillas, sois una empresa que solo tiene gente extraordinaria, ¿vale?, pero resulta que tu jefa dice que has sido excepcional” (función informativa)

- Información “positiva”: Los mismos criterios se utilizarán para distinguir la función *informativa* y la función *de refuerzo*.

- a. Mera muestra de acuerdo y/o aprobación: *función de refuerzo*

Ejemplo:

Terapeuta: “Entonces, vales muchísimo en el trabajo, es algo donde no tienes que explotar más. De hecho, has pedido irte a Buenos Aires y te han dicho que sí, que supongo que

tampoco se lo harían a cualquiera” (función de refuerzo ya que no se aporta ninguna información aclaratoria para la usuario)

- b. Aprobación más información: *función de refuerzo + función informativa*
- c. Información que señala acuerdo con el usuario: *función informativa*

Un caso en el que hay que diferenciar entre la categoría *función informativa* y las categorías *función de refuerzo* o *de castigo* es cuando el terapeuta explica al usuario cómo éste ha hecho una cosa. Habría que tener en cuenta que sería *función informativa*, puesto que el terapeuta está dando una información y no reforzando/castigando una verbalización concreta del usuario.

Ejemplo:

Usuario: “¿Qué tal lo he hecho?”

Terapeuta: “Fatal/muy bien” (función informativa en ambos casos, se informa de cómo lo ha hecho el usuario)

Una situación en la que hay que diferenciar entre *función informativa* y *función de castigo* es cuando el terapeuta le explica al usuario que no se estaba refiriendo a algo durante la conversación. En estos casos habría que optar por registrar *función informativa* porque el terapeuta está dando una información y no “castigando” la verbalización del usuario.

Ejemplo:

Usuario: “No, no a cualquiera, pero de las personas que estamos allí cualquiera sería válida, seguro, no me siento mejor que nadie”

Terapeuta: “No, no, yo no digo que te sientas mejor (función informativa), yo te digo que ¿tú crees que para los jefes tú y los demás sois exactamente iguales?, ¿sois intercambiables?” (función discriminativa sin indicar)

Para diferenciar una *función informativa* de una *función discriminativa* indicando, se considerará la primera siempre y cuando la verbalización incluya información, ya sea

información técnica o una interpretación alternativa, y no un mero resumen de lo que se quiera preguntar

Cuando el terapeuta emite una verbalización en la que parece adoptar el rol de su usuario y hablar en su lugar, se considerará la conducta función *informativa* solo cuando pretenda modelar la conducta del usuario.

Ejemplo:

Terapeuta: “Puedes decirle “Mira, lo siento mucho pero ya sabes que yo no hago horas extras, si quieres mañana empiezo con esto y lo termino pero ahora no puedo quedarme” (función informativa). A ver, dilo así tú” (función instructora).

Estas verbalizaciones en las que el terapeuta habla como si fuera su usuario podrían tener otras funciones de modo que habría que codificarlas de forma diferente si pretenden mostrar acuerdo simplemente, o dar pautas de actuación en el contexto real del usuario, por ejemplo.

Ejemplos:

Usuario: “Y sé lo que va a pasar, éste me va a venir cualquier día pidiéndome que me quede y le voy a decir que no, que yo horas extra no hago”

Terapeuta: “Claro, tú le dices “no mira, yo horas extras ya no hago, aquí lo que quieras pero fuera de mi horario...” (función de refuerzo)

Usuario: “Lo que me temo es que éste me va a volver a pedir que me quede”.

Terapeuta: “Claro pero tú ya sabes que le dices “no mira, yo horas extras no hago, si quieres lo acabo mañana o se lo das a otro pero no me puedo quedar” (función instructora)

Es importante recordar cuál es la definición de la categoría función *informativa* (transmisión de conocimiento clínico y/o técnico) porque a menudo se emplea como cajón de sastre en el que incluimos todo lo que no tenemos claro dónde ubicar, lo cual sería más adecuado registrar dentro de la categoría *Otras*.

En algunos casos, especialmente cuando se hace reestructuración cognitiva, podemos incluir dentro de la categoría función *informativa* verbalizaciones en las que, aunque no se presente un conocimiento específicamente psicológico, sí se pretende aclarar ciertos aspectos importantes para lograr los objetivos terapéuticos o se presentan puntos de vista alternativos a los del usuario.

Ejemplos:

Terapeuta: “Vale, yo entiendo lo que dices y probablemente tengas muy buenos compañeros (función de refuerzo), pero el adjetivo excepcional perdería todo sentido si se pudiera decir de todos o de muchos (función informativa), ¿no?” (función discriminativa)

Terapeuta: “O está borracho como una cuba y no se entera si han pasado una hora, dos horas, tres horas o veinte horas, ha perdido absolutamente la noción del tiempo y ni se acuerda de nada, ¿vale? Cualquiera de estas opciones puede implicar que es despistado, que es poco sistemático, es poco predecible en la diferencia entre lo que dice y lo que hace, etc. (...)” (función informativa en un momento de debate)

Terapeuta: “Otro de los aspectos positivos de esta decisión es que los profesores de ese programa de doctorado son de reconocido prestigio” (función informativa en una toma de decisiones relacionada con los objetivos terapéuticos del caso)

Terapeuta: “Puedes optar tanto por ir a un rocódromo, a un polideportivo o si tienes más tiempo a la Pedriza” (función informativa en un caso en el que un objetivo de la terapia era incrementar las actividades de ocio, especialmente las relacionadas con el deporte, en la rutina del usuario)

3.6 Función instructora

Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que comprenda). Se especificará mediante la separación de las categorías en el *Observer XT* aquellas

verbalizaciones que se refieran a instrucciones dentro de sesión (función *instructora dentro de sesión*) o fuera (función *instructora fuera de sesión*).

Se incluirá dentro de la categoría función *instructora* la especificación de las pautas que se desea que guíen la conducta del usuario fuera o dentro de sesión. Aparecerá sobre todo cuando el terapeuta mande tareas para casa de un modo directo y especificando claramente lo que el usuario debe hacer, cuando practiquen técnicas en sesión o en momentos de debate en los que se pida al usuario que busque alternativas a su pensamiento desadaptativo.

Solo se registrará la función *instructora* cuando se señalen pautas de actuación de un modo claro y directo.

Ejemplos:

Terapeuta: “¿Qué te parece si esta semana te dedicas a practicar la relajación?” (función instructora laxa fuera de sesión)

Usuario: “Y en esos momentos empiezo a pensar que a lo mejor está con otra, que no se ha acordado de llamarme, que no le intereso nada”

Terapeuta: “O podrías decirte que a lo mejor no puede llamar aunque quiere hacerlo, que tal vez se le haya pasado, o, simplemente, que se ha quedado sin batería” (función informativa y no instructora a pesar de que pretenda promover cambios fuera de sesión)

Cuando se pide al usuario que realice una tarea que no se explica en el momento pero que sí se explicó anteriormente con detalle, también se categorizará esto como función *instructora*.

Ejemplo:

Terapeuta: “Vuelve a repetir esta semana el autorregistro que te propuse la semana pasada”.

No tenemos que confundir la función *instructora* con la función *informativa* en los casos en los que se le explica al usuario en general las cosas que se harán en el tratamiento, etc.

Para ello ver en el subsistema *SISC-CVT* los acuerdos generales sobre la diferencia entre las categorías función *instructora* y *función informativa*.

Sus modificadores son:

- Función instructora fuera de sesión
- Función instructora dentro de sesión

A continuación se detallan los acuerdos referidos al modificador de la función instructora denominado dentro de sesión.

Las verbalizaciones categorizadas como función *instructora dentro de sesión* son verbalizaciones en las que el terapeuta le pide al usuario que lleve alguna tarea en sesión.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Cómo crees que tu hermana lo va a... llevar mejor el planteamiento...? ¿Directamente...? ¿Quedar con ella para comer...? Cuéntame un poco como va a ser la escena para ver... (función instructora dentro de sesión)

Dentro de bloques en los que el terapeuta está pidiendo la ejecución de alguna tarea en sesión las verbalizaciones del mismo que se relacionen con esa tarea y que sigan pidiendo la ejecución de la misma también serán registradas como *Instructora dentro de sesión*. En el ejemplo anterior, unos segundos después el terapeuta pregunta: “*a partir de ahí ¿cómo crees que continuará la conversación?*”. Esta verbalización también sería registrada como función *instructora dentro de sesión*.

Hay que diferenciar, de estas últimas verbalizaciones, aquellas en las que el terapeuta no está pidiendo al usuario que lleve a cabo una acción dentro de sesión aunque la forma verbal con la que se expresa pueda parecerlo. Esto suele ocurrir en sesiones de evaluación donde el terapeuta dice algo como “Cuéntame que pasó” o “Dime”. Este tipo de expresiones serán registradas como función *discriminativa* ya que desde el punto de vista clínico consideramos que son muy diferentes de las tareas que se dan dentro de una sesión.

Durante el entrenamiento de algunas técnicas en sesión aparecen algunas peculiaridades en las que habrá que tener en cuenta los siguientes criterios:

- Las verbalizaciones del terapeuta para contar en voz alta el tiempo que el usuario tarda en llenar sus pulmones con el fin de medir su capacidad pulmonar se registrarán como “*Otras*”
- Las verbalizaciones del terapeuta para contar en voz alta el tiempo que el usuario ha de estar inspirando o espirando durante el entrenamiento de la técnica se registrarán como función *instructora dentro de sesión*.
- Las verbalizaciones del terapeuta que indican lo que el usuario debe hacer a continuación se registrarán como función *instructora dentro de sesión*. Por ejemplo, “inspiración”, “pausa”, “relaja”, “tensa”, “imagina”, “piensa”, “recuerda”.
- Las verbalizaciones del terapeuta que señalan lo que tiene que hacer el usuario y las consecuencias de su conducta se registrarán como función *instructora + Función motivadora*. Por ejemplo, “Cierra los ojos para que estés más cómodo”
- Las verbalizaciones del terapeuta que explican lo que el usuario tendrá que hacer a continuación pero aún no señala que lo haga se registrarán como función *instructora*. Por ejemplo, cómo proceder durante la práctica de la respiración abdominal.

Hay algunas ocasiones durante la reestructuración cognitiva en las que el terapeuta dice qué pero no cómo hay que hacer algo, normalmente referido a la flexibilización o cambio del pensamiento. Se entenderían como instrucciones este tipo de verbalizaciones porque, aunque en algunos casos no estén muy bien especificadas, sí son instrucciones generales y son relevantes para la reestructuración.

Ejemplos:

Terapeuta: “Bien y, por tanto, tú tienes que poner algo de tu parte y él tiene que poner algo de su parte. Entonces, él tiene que ir avisando cada vez más de dónde está, dándote de

alguna manera explicaciones para que tú puedas atenerte (función informativa) y tú por tu parte tienes que ir flexibilizando la exigencia de esas explicaciones” (función instructora. Solo es instructora esta última parte, la anterior es informativa porque no da la instrucción directamente a la persona ni le pide que le transmita esa información al interesado)

Terapeuta: “Entonces, ¿me entiendes? O sea, es fundamental que te flexibles con él respecto a lo que tú harías y lo que yo haría, que no eres el criterio, que atribuyas explicaciones distintas a las primeras que se te ocurren, falta de respeto, falta de consideración, está con otros mejor que conmigo, y busques explicaciones absolutamente lógicas y racionales, al menos tanto como esas (función instructora) y, comparando con lo que tienes, mucho más lógicas y racionales que esas, porque el resto de sus días no demuestra hacia ti ni falta de respeto, ni poco cariño ni nada de nada” (función informativa)

Terapeuta: “Pues yo quiero que empieces a valorar lo que hiciste y lo que haces y lo que vas a hacer (función instructora). Más ahora, quieres ir a Argentina, planteas la situación, luchas por ella, la reivindicas, hablas con unos, con otros, ¿también es azaroso?” (función discriminativa sin indicar).

No se registran los fragmentos en los que el terapeuta está desempeñando un papel en un role-playing. Se registra el seguimiento de instrucciones por parte del usuario pero no las verbalizaciones del terapeuta llevando a cabo su papel o detiene momentáneamente su actuación para hacer aclaraciones acerca de cómo realizar el role-playing. Esto se aplica para todas las tareas dentro de sesión. Sin embargo, los momentos en los que el terapeuta da feedback sobre el mismo, sí se registrarán las verbalizaciones del terapeuta con la categoría correspondiente. Y si se reanuda el role-playing tras dicho feedback, se volverá a registrar *seguimiento de instrucciones* por parte del usuario, e *instrucción dentro de sesión* por parte del terapeuta siempre que se dé dicha categoría. Frases como “vamos”, “adelante”, “continúa”, se consideran una instrucción dentro de sesión.

Este mismo acuerdo se aplica en el caso de un entrenamiento en relajación con imaginación, durante el cual el usuario mantiene los ojos cerrados y el terapeuta hace una narración para que el usuario imagine. En este caso, la narración que acompaña a la imaginación no se registra, sino que se registra como *instrucción dentro de sesión* la pauta inicial en la que se le explica lo que se va a hacer a continuación. Cuando el terapeuta comienza la narración y el usuario se queda en silencio, se registrará la categoría del usuario *seguimiento de instrucción dentro de sesión*. Dicha categoría se cortará en los mismos casos acordados para la situación de role-playing (feedback de cómo lo está haciendo, una nueva instrucción, etc.).

Ejemplo:

Terapeuta: “ahora te voy a explicar cómo hacer la relajación, siéntate aquí, pon los brazos así, cierra los ojos e imagina lo que te voy a ir narrando” (instrucción dentro de sesión)

Se considera una instructora dentro de sesión: *“vamos a intentar hacerlo esta semana”*.

3.7 Función instructora laxa

Se considera una *instructora laxa* aquella verbalización que sugiere al usuario lo que podría hacer pero no lo indica como pauta a seguir.

Ejemplos:

Terapeuta: “me gustaría/te aconsejo/ sería bueno que vayas a la biblioteca” (instructora laxa)

Terapeuta: “¿por qué no vas a la biblioteca esta semana?” (instructora laxa)

Terapeuta: “esta semana tienes que ir a la biblioteca al menos una vez” (instructora fuera de sesión)

También se considera una *instructora laxa* aquella verbalización que explica de manera general lo que hay que hacer, sin pautas específicas de actuación.

Ejemplos:

Terapeuta: “esta semana procura relajarte” (instructora laxa)

Terapeuta: “esta semana practica la respiración diafragmática una vez al día tal y como te expliqué” (instructora fuera de sesión)

Asimismo, se considera una *instructora laxa* aquella verbalización que sea expresada como una sugerencia aunque contenga pautas específicas de actuación, y aquella verbalización que, aunque sea expresada como una indicación, no contenga pautas específicas de actuación.

Se consideran como *instructora laxa* las siguientes partículas:

- “me gustaría”, “te aconsejo”, “sería bueno que... (vayas a la biblioteca, por ejemplo)”, “si te parece bien”, “podemos intentar”, “podrías”, “la idea es”

Sin embargo, la partícula “querría” muchas veces se utiliza para introducir una instrucción más específica. Con lo cual consideramos que para decidir si es una *instructora laxa* o no podríamos analizar la verbalización completa atendiendo a si es específica o no.

Ejemplo:

Terapeuta: “querría que esta semana registrases nuevamente la situaciones que te generan malestar, tal y como hemos visto ahora” (instructora fuera de sesión)

Cabe diferenciar entre *instructora laxa* e *informativa* en algunas ocasiones el que el terapeuta corrige en sesión la realización de una tarea que se ha instruido previamente. En esta corrección el terapeuta suele explicar cómo hacerlo correctamente pero sin especificar si el usuario tiene que repetir la tarea o no. Aunque puede parecer *informativa* ya que no da una pauta concreta de volver a llevar a cabo el registro, también puede ser *instructora laxa* ya que dice qué hacer pero no especifica cuándo. Podría incluso ser una *instructora* ya que queda implícito que lo debe repetir, lo cual puede afirmarse en otro momento de la sesión. Para no inferir (aunque quede implícito) pero sí registrar una pauta que se está dando sin especificar cuándo la debe llevar a cabo (“aquí lo que tienes que hacer es...”), se opta por registrar una *instructora laxa*.

Ejemplo:

Terapeuta: “En este apartado del registro tienes que diferenciar lo que sientes de lo que piensas y no ponerlo todo junto” (instructora laxa)

Sus modificadores son:

- Función instructora laxa fuera de sesión
- Función instructora laxa dentro de sesión

3.8 Función motivadora

Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que incluye).

Se considera función motivadora aquella verbalización que, al completar una verbalización inmediatamente anterior del usuario, forma una frase considerada motivadora. Asimismo, se considera motivadora aquella verbalización que continúa con una función motivadora previa del terapeuta tras una breve pausa por una verbalización introducida por el usuario.

La clave para registrar una verbalización dentro de la función motivadora es que haga referencia a las consecuencias de la actuación del usuario sobre el cambio, tanto cuando estas consecuencias sean positivas como cuando sean negativas porque el usuario se comporta de manera desadaptativa. Cuando se señalen las consecuencias asociadas a la conducta que se desea promover en el usuario, solo se registrará la función *motivadora* cuando las consecuencias mencionadas sean positivas. Si se señalan las consecuencias negativas colaterales al cambio, se considerará dicha verbalización dentro de la categoría función *informativa* y no como función *motivadora* puesto que entendemos que no se pretende “motivar” para el cambio sino advertir de las dificultades inherentes al mismo.

Ejemplo:

Terapeuta: “Lo mejor que puedes hacer para conseguir que deje de llamarte es no responder a sus llamadas, así, poco a poco, él se dará cuenta de que tú ya entras en su juego y dejará de molestarte (función motivadora), eso sí, también te digo, lo más probable es que antes de la supresión de esa conducta se produzca un incremento de su insistencia al ver que ya no respondes a sus llamadas (función informativa)”.

Cuando queda implícita la conducta de acudir a terapia y se explicitan sus consecuencias, se considera que la frase es motivadora.

Ejemplo:

Terapeuta: “Aquí lo que vas a conseguir es...”

Podría haber dificultades para diferenciar las categorías función *motivadora* y función *instructora* ya que la primera puede incluir verbalizaciones donde se haga referencia explícita a la conducta que sería bueno que el usuario realizara fuera de sesión (para conseguir unas consecuencias positivas). Los criterios a seguir para diferenciar ambas categorías serán los siguientes:

- Si se señala de forma detallada la actuación que el usuario deberá realizar fuera de sesión para conseguir las consecuencias positivas: la parte referida a la actuación se categorizará como función *instructora* y la parte referida a las consecuencias como función *motivadora*.

Ejemplo:

Terapeuta: “Lo que tienes que hacer es utilizar la parada de pensamiento cada vez que te des cuenta de que lo estás volviendo a pensar (función instructora) y así ya verás cómo te sientes mucho mejor (función motivadora)”.

- Si se señala la actuación a modo de resumen y de forma muy general junto con las consecuencias, todo ello se categorizará dentro de una misma función *motivadora*.

Ejemplo:

Terapeuta: “Lo que tienes que hacer es dejar de pensarlo, así ya verás cómo te sientes mucho mejor (función motivadora)”

Un criterio para diferenciar las categorías función *motivadora* y *función informativa* es el siguiente: en la categoría función *motivadora* solo tendrán cabida aquellas verbalizaciones que se refieran explícitamente a las consecuencias del cambio (o no cambio) sobre el sujeto y no de un modo general (por ejemplo, al explicar los beneficios de una determinada técnica sobre otras personas), en cuyo caso se registrará función *informativa*.

Ejemplos:

Terapeuta: “Si aplicas la parada de pensamiento te sentirás mucho mejor” (función motivadora)

Terapeuta: “La técnica de la parada de pensamiento produce el efecto de sentirse mejor” (función informativa)

Aquellos casos en los que se señalen las consecuencias de conductas hipotéticas y/o posibles no planteadas previamente en terapia también se marcarán como función *motivadora* (por ejemplo, “Si pidieras la baja ahora, que ni siquiera sé si te lo has planteado, sería peor”).

Dentro de la categoría función *motivadora* se incluirán además aquellas verbalizaciones del terapeuta que se refieran a las consecuencias que el comportamiento del propio usuario tiene, no solo directamente sobre él/ella, sino también sobre personas cercanas e importantes para el usuario (pareja, padres, hijos, etc.), de modo que, aunque la persona en tratamiento se verá afectada por dichas consecuencias de un modo indirecto, es muy posible que éstas influyan en su “motivación” hacia el cambio.

No solo se registrarán como función *motivadora* aquellas verbalizaciones que mencionen los beneficios del cambio, sino también aquellas otras que señalen las consecuencias de una conducta aunque ésta sea un “paso intermedio” para llegar al comportamiento final que se quiere implantar y/o eliminar.

Un listado de contenidos que se categorizarán frecuentemente como función *motivadora* es el siguiente (para diferenciar estos contenidos de aquellos referidos a las categorías función *informativa* y *función instructora* habrá que atender a los acuerdos establecidos al respecto):

- Señalar al usuario, de manera explícita, que es posible el cambio.
- Señalar al usuario que es posible el cambio dando solamente estrategias generales para conseguirlo pero a partir de las cuales es difícil que el usuario sepa lo que tiene que hacer
- Aquello que cotidianamente e incluso clínicamente entendemos como “motivar” a una persona, por ejemplo, verbalizaciones del terapeuta que predigan resultados positivos, que resalten lo bien que está trabajando, verbalizaciones encaminadas a animar al individuo a realizar cambios, etc. Por ejemplo: “*lo estás haciendo muy, muy bien, ya verás cómo lo vas a conseguir e incluso antes de lo que imaginas*” (*), “*Esto tiene solución*”, “*Lo conseguirás*”.
- Cuando el terapeuta señala las consecuencias negativas de seguir comportándose de manera desadaptativa.

(*) Es importante destacar que, a menos que se aluda a las consecuencias de algún modo, no se deberá registrar la categoría función *motivadora*. En este sentido, una verbalización del tipo “*no te preocupes*”, podría considerarse *función instructora* (en un contexto en el que se dan pautas sobre cómo actuar fuera de la clínica) o incluso función *de castigo* (si pretende interrumpir al usuario y conseguir que deje de verbalizar un miedo, por ejemplo), pero nunca función *motivadora*. Verbalizaciones del tipo “*verás como sí*”, en cambio, sí se incluirían dentro de esta categoría puesto que mencionan de algún modo las consecuencias que se van a derivar, en este caso, del cambio clínico.

Sobre la diferencia entre la categoría *función informativa* y *función motivadora* hay que señalar que la descripción sobre las posibles consecuencias de una conducta del usuario, sobre lo que podría pasar o no es informativa, mientras que la anticipación de los efectos que puede tener una conducta que se cambie o no se cambie sobre la persona u otras personas de su entorno, sería motivadora.

Ejemplos:

Terapeuta: “Lo que tú hagas, la ropa que te pongas o lo que comas no podría nunca tener ningún efecto sobre otras personas” (función informativa).

Terapeuta: “Que tú cambies tu forma de comportarte seguramente hará que tu marido se sienta mejor” (función motivadora).

En la misma línea señalamos que es imprescindible tener en cuenta que las consecuencias a las que tiene que hacer referencia son las consecuencias del cambio clínico, no a las consecuencias en general. Es decir, una frase como “Lo que tú piensas no tiene relación con esa tragedia” es información sobre la relación de ciertas cosas pero “Si dejas de pensarlo no te sentirás tan mal” o “Si sigues pensándolo el problema se mantiene” pone en relación las consecuencias con las conductas correspondientes al cambio clínico.

Si se mezclan fragmentos motivadores e informativos priorizamos la función motivadora salvo que el fragmento informativo sea bastante largo y de relevancia.

Algunos ejemplos más para diferenciar el modificador “informativa” de “motivadora”:

Ejemplos:

Terapeuta: “(...) Yo entiendo cuando me dices que es lo que te sale, o que ya me gustaría que no fuese así, pero para llegar a ese ya me gustaría que no fuese así tienes que empezar por un período en el que tú te fuerces a explicarte las cosas de una manera alternativa (...)” (función informativa)

Terapeuta: “Y él aparece y se le fastidia el plan, entonces es cuando aprenderá que el que te den un plantón puede ser una cosa muy desagradable” (función motivadora, señala las consecuencias del cambio en otra persona)

Usuario: “Sí, está claro que como más se aprende es con hechos”

Terapeuta: “La probabilidad de conocer a alguien es mucho mayor de lo que pensamos” (función informativa porque no se hacen explícitas en ningún momento las consecuencias del cambio).

Terapeuta: “Precisamente por eso será más sencillo” (función informativa porque no se hacen explícitas en ningún momento las consecuencias del cambio).

Cuando el terapeuta habla de algo que el usuario ha hecho bien en el pasado, por ejemplo, *“es maravilloso que salieras el fin de semana”*, que se diga *“es maravilloso”* puede confundir la información con la motivación. Sin embargo, se acuerda que, si no se han explícitas las consecuencias del cambio en el pasado para su bienestar o malestar, no se considerará motivadora en ningún caso, aunque haya palabras que nos puedan confundir, como *“maravilloso”*.

Ejemplos:

Terapeuta: “Se lo dijiste a su hermana y ya conseguiste que te llamara” (función informativa)

Terapeuta: “Se lo dijiste a tu hermana y ya conseguiste que te llamara. Esto fue un paso importante en tu mejora, te hizo sentir más integrado en tu familia y mucho mejor” (función motivadora).

Podría surgir la misma duda pero refiriéndonos al presente, ejemplos, *“Sería maravilloso si hicieras esto”*, *“Que hagas esto es la mejor opción”*, *“Eso creo que es muy bueno”*, *“Es mucho mejor...”*

Y, en la misma línea, se acuerda que esto sería función *informativa* mientras no se hagan explícitas cuáles serán las consecuencias del cambio, en cuyo caso sería función

motivadora, ejemplo, “*que hagas esto es la mejor opción porque te hará sentir bien mucho más rápidamente que cualquiera de las otras técnicas*”.

Encontramos cierta ambigüedad con el modificador “*motivadora*” cuando el terapeuta está hablando en segunda persona, pero en tono impersonal, y en un momento determinado pasa a hablar de las consecuencias de cambiar ciertas conductas. En estos casos no se sabe si lo está explicando de manera impersonal o dirigida al usuario. Como estos casos son dudosos y dependen de cómo lo entienda el observador, se acuerda que se categorizarán como función *motivadora* porque se puede estar motivando al usuario.

3.9 Otras

Bajo la etiqueta *Otras* se codificará cualquier verbalización del terapeuta que no cumpla con los criterios señalados en relación con el resto de las categorías presentadas.

Esta categoría será una *categoría evento* cuya ocurrencia se registrará al final de la verbalización que pretenda codificar.

Sería deseable durante los registros de las sesiones incorporar algún comentario acerca del tipo de verbalizaciones que se están codificando dentro de la categoría *Otras* con el fin de identificar nuevas posibles categorías que podrían establecerse y que serían relevantes para la categorización de la conducta verbal del terapeuta. Desde luego, en algún momento habrá que diferenciar las *Otras* “extra-terapéuticas” de aquellas con un contenido “terapéutico”.

En aquellos casos en los que el terapeuta comienza a emitir una verbalización que es interrumpida por el usuario sin atender a ella, solo se marcará su posible función (por ejemplo, informativa, instructora, etc.) si se presenta parcial o totalmente la correspondiente información, instrucción, etc. En caso contrario, aunque “intuyamos” cuál podría haber sido la funcionalidad potencial de la verbalización del clínico en el caso de no haber sido interrumpida por el discurso del usuario, se registrará la categoría *Otras*. La única “excepción” a este criterio sería el modo de registrar el “discriminativo fallido” ya que,

aunque pueda presentarse el potencial estímulo discriminativo en su forma completa, si el usuario no responde al mismo no podemos decir que haya ninguna conducta discriminada y, por tanto, se marcará la verbalización del terapeuta como *Categoría discriminativo fallido*. Solo en el caso mencionado, “sabemos” que la funcionalidad no se ha dado a pesar de la forma de la verbalización, algo que no sucede con los contenidos “informativos”, “motivadores” y/o “instructores”, por ejemplo, debido a que su identificación no depende de que el usuario responda ante ellos en el momento preciso en el que se presentan.

Ejemplos:

Usuario: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones...”

Terapeuta: “Es lo que explicábamos...” (Otras)

Usuario: “... y ya me tuve que ir sin compra nada”

Usuario: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones...”

Terapeuta: “Es lo que explicábamos sobre la relación entre ciertas situaciones y la respuesta de...” (función informativa)

Usuario: “... y ya me tuve que ir sin compra nada.”

De la misma manera actuaremos con las categorías evento. Los siguientes ejemplos pueden resultar dudosos:

- “Claro, pero...” (interrupción)
- “No, no, pero...” (interrupción)

En el primer caso podría ser *función de refuerzo* o enlace conversacional, y en el segundo podría ser *función de castigo* o *función informativa*, por ejemplo. Por tanto, ante la duda, mejor poner *Otras* que una función que no sabemos si va a ser tal. Sin embargo, en el siguiente ejemplo, sí se marcaría *función de castigo* más *Otras*:

Ejemplo:

Terapeuta: “No (función de castigo), espérate... (interrupción)” (Otras)

En este caso, “No” claramente indica desacuerdo y “espérate” no tiene la función que pretende, que es cortar.

Otros ejemplos particulares podrían ser:

Ejemplos:

Terapeuta: “Excelente (función de refuerzo alto), pero... (interrupción)” (Otras)

Usuario: Fui con mis dos amigos al cine...

Terapeuta: Fuiste con tus dos amigos al cine (Refuerzo bajo porque repite lo que ha dicho el usuario, no hay duda de que es refuerzo como nos puede ocurrir en los enlaces) y entonces cuando...(interrupción)” (Otras)

En aquellos casos en los que el terapeuta no interactúa con el usuario sino que lee los autorregistros en voz audible se registrará la categoría *Otras*. Durante la lectura de los registros, tests, etc., cumplimentados por el usuario fuera de sesión podemos encontrar los siguientes casos:

- Si durante la lectura del registro el usuario emite algún tipo de verbalización relacionada con la conducta verbal del terapeuta se categorizará función *discriminativa* (la parte final de la verbalización del terapeuta se registrará como función *discriminativa* mientras que el resto será incluido en la categoría *Otras*).
- Si durante la lectura del registro el terapeuta lee subvocalmente lo anotado por el usuario y de vez en cuando hace algún comentario del tipo “bien”, ”vale”, ante los que el usuario no emite ninguna conducta, quedarían registrados dentro de la categoría *Otras*.
- Después de leer el autorregistro y/o revisar las tareas especificadas en la sesión anterior, el terapeuta puede presentar verbalizaciones del tipo “*muy bien que hayas hecho todo, me da mucha información*”. Estos casos se registrarán dentro de la categoría función *informativa*.

Un listado de contenidos que se incluyen frecuentemente dentro de la categoría *Otras* es el que se presenta a continuación:

- Verbalizaciones del terapeuta consigo mismo en voz alta

Ejemplo:

Terapeuta: “no, este ejemplo no sirve”, “déjame ver esto”

- Autorrevelaciones del terapeuta: *“Mira que siento que..., además de que María es alumna mía y...”*
- Verbalizaciones iniciadas por el terapeuta pero que el usuario interrumpe para comenzar o continuar con su discurso.

Cuando el terapeuta interviene sin que el usuario haya terminado su verbalización anterior y éste sigue hablando diciendo algo elaborado (que incluya un verbo con valor predicativo) y cuando el usuario termina el terapeuta retoma o continúa lo que estaba diciendo, se categorizará de la siguiente manera:

- La primera verbalización del terapeuta, interrumpida casi al empezar: *Otras*.
- La segunda verbalización del terapeuta: la función que corresponda.

Aunque leer en alto la tarea que ha traído el usuario se debe registrar con la categoría *Otras*, nos encontramos con casos en los que se vuelve a leer en sesión una parte de la tarea, con una función diferente de la primera vez en que se leyó y, por tanto, hay que registrarlo de manera distinta. Por ejemplo:

- En los casos en los que lee de nuevo un fragmento de la tarea y luego hace una pregunta sobre ello: *función de preparación del discriminativo + función discriminativa* (con el modificador que corresponda).

Ejemplo:

Terapeuta: “(...) Es muy competente y responsable en su trabajo, con gran capacidad de esfuerzo. Cualquiera de la oficina la respeta en este sentido y se valora mucho su trabajo

(termina de leer) (función de preparación del discriminativo). ¿Crees que se valoran mucho todos los trabajos? (función discriminativa sin indicar)

- Por otro lado, hay casos en los que el terapeuta lee de nuevo solo la parte de la tarea que quiere y no añade nada más, se queda esperando una respuesta del usuario, así que creemos que habría que considerarlo función *discriminativa* en sí, “indicando la dirección”.
- En alguna ocasión el terapeuta lee en sesión información de la historia clínica del usuario, por ejemplo, para contraargumentar algo que ha dicho éste. En cada caso habría que analizar con detalle la función de la verbalización del terapeuta, que sería función *informativa* en un caso como el siguiente:

Ejemplo:

Usuario: “Yo creo que he tenido tiempos de ocio mientras estaba en paro”

Terapeuta: “(busca información en la historia clínica y empieza a leer cosas que encuentra) Aquí pone que el 28 de marzo estabas triste porque no tenías trabajo, que la semana siguiente no saliste de casa para hacer nada de ocio, que le decías a tu madre que no te encontrabas bien (...)” (función informativa)

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL USUARIO**(SISC- CVU)****1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS:**

Subsistema de categorización de la conducta verbal del usuario (SISC-CVU)	
Categoría	Descripción breve
<i>Proporcionar información</i>	Verbalización a través de la cual el usuario trata de proporcionar al terapeuta información neutral con relación a la evaluación y/o el tratamiento
<i>Solicitar información</i>	Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del usuario hacia el terapeuta
<i>Seguimiento de instrucciones</i>	Conducta verbal del usuario que implica la descripción o anticipación total o parcial de un seguimiento fuera de la sesión o el seguimiento total o parcial dentro de la sesión Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de instrucciones <i>dentro de sesión</i> - <i>Descripción</i> del seguimiento <i>total</i> de instrucciones <i>fuera</i> de sesión - <i>Descripción</i> del seguimiento <i>parcial</i> de instrucciones <i>fuera</i> de sesión - <i>Anticipación</i> del seguimiento <i>total</i> de instrucciones <i>fuera</i> de sesión - <i>Anticipación</i> del seguimiento <i>parcial</i> de instrucciones <i>fuera</i> de sesión
<i>No seguimiento de instrucciones</i>	Conducta verbal del usuario que implica la descripción o anticipación total o parcial de un no seguimiento fuera de sesión o el no seguimiento total o parcial dentro de sesión Modificadores: <ul style="list-style-type: none"> - <i>No seguimiento</i> de instrucciones <i>dentro</i> de sesión - <i>Descripción</i> del no seguimiento de instrucciones <i>fuera</i> de sesión - <i>Anticipación</i> del no seguimiento de instrucciones <i>fuera</i> de sesión
<i>Verbalizaciones proterapéuticas</i>	Conductas verbales del usuario que facilitan la interacción con el terapeuta y muestran una aproximación a la consecución de los objetivos terapéuticos
<i>Verbalizaciones antiterapéuticas</i>	Conductas verbales del usuario que dificultan la interacción con el terapeuta y muestran un distanciamiento, rechazo u oposición a la consecución de los objetivos terapéuticos
<i>Delirios y alucinaciones</i>	Verbalizaciones en las que el usuario manifiesta una falta de contacto con la realidad, de modo que resultan inverosímiles o extravagantes para el observador
<i>Lenguaje desorganizado</i>	Verbalizaciones inadecuadas conversacionalmente o poco ajustadas al contexto terapéutico, por no estar relacionadas con el desarrollo de la terapia o por no haber sido discriminadas por las verbalizaciones previas del terapeuta
<i>Otras usuario</i>	Cualquier verbalización del usuario que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores

2. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN

2.1 Proporcionar información

Verbalización en la que el usuario proporciona al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento. Esta categoría incluye los siguientes casos prototípicos:

- Descripción de hechos, conductas y emociones que tuvieron lugar antes de iniciar la terapia.
- Información meramente descriptiva de eventos ocurridos entre sesiones.

Se incluyen además en esta categoría los siguientes casos particulares:

- Lectura en voz alta del autorregistro.
- Respuesta a una pregunta de tipo evaluativo que no implique acuerdo ni desacuerdo.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Te parece bien?”

Usuario: “No sé”

Se excluyen de esta categoría aquellas verbalizaciones en las que el usuario muestra una opinión o juicio de valor (tanto positivo como negativo) acerca de la terapia o de lo que dice el terapeuta, verbalizaciones en las que el sujeto expresa sus emociones en presente o referidas al pasado reciente (intervalo entre sesiones), la realización o no de instrucciones del terapeuta, o aquellas verbalizaciones que resulten extravagantes o inverosímiles

Diferencias con otras categorías: Para una diferenciación más detallada ver los acuerdos desarrollados al respecto en las categorías *verbalizaciones proterapéuticas*, *verbalizaciones antiterapéuticas*, *seguimiento de instrucciones*, *no seguimiento de instrucciones*, *alucinaciones y delirios* y *lenguaje desorganizado*. Los acuerdos desarrollados

al respecto de estas diferencias se encuentran en los apartados correspondientes a estas últimas categorías.

2.2 Solicitar información

Se incluyen en esta categoría las preguntas, comentarios y/o peticiones de información por parte del usuario hacia el terapeuta.

Se registra siempre esta categoría, independientemente del grado de elaboración de la frase que emita el usuario.

Además, se registrarán dentro de esta categoría los siguientes casos particulares:

- El usuario emite una pregunta, el terapeuta no la entiende y el usuario la vuelve a preguntar.

Ejemplo:

Usuario: “¿crees que eso va en la persona?” (Solicitar información)

Terapeuta: “¿que si eso es de malas personas?”

Usuario: “no, que si va en la persona” (Solicitar información).

- El usuario emite un “¿eh?” que sustituye a un “¿qué?”.
- El usuario pregunta al terapeuta porque no lo escuche o porque no entienda alguna de sus verbalizaciones.

No se registran en esta categoría:

- Las muletillas, como por ejemplo “¿no?”. Solo se hace una excepción cuando el usuario repite su muletilla mostrando explícitamente que busca la respuesta del terapeuta. En este caso, esta segunda muletilla sí se registra.
- Las preguntas retóricas.
- Las frases con tono interrogativo que añaden información por parte del usuario.

2.3 Seguimiento de instrucciones

Verbalizaciones que reflejan la realización por parte del usuario de:

- Conductas solicitadas por el terapeuta o terapeutas (psicólogos, trabajadores sociales, monitores personales).
- Actividades propias del centro, tanto dentro como fuera de sesión: Se consideran las siguientes actividades por estar orientadas al éxito de la terapia:
 - Café del día
 - Talleres de: cocina, teatro, formación en actividades de oficina, formación en actividades de limpieza y mantenimiento, jardinería, costura, biblioteca
 - Salidas organizadas por el centro
 - Viajes organizados por el centro

Se incluye en esta categoría la respuesta del usuario afirmativa o acorde a las expectativas ante una pregunta del terapeuta sobre la posibilidad de que realice o no alguna tarea.

Dentro de sesión y con respecto a la conducta del terapeuta se diferencia entre verbalización con función discriminativa y verbalización con función instructora dentro de sesión atendiendo a que la instrucción hace referencia a una tarea concreta que debe hacer el usuario dentro de sesión por lo que el seguimiento de instrucciones puede ser tanto no verbal como verbal. Se considera como excepción la respuesta no verbal cuando el terapeuta da un tiempo al usuario para que éste ejecute la tarea (pensar, respirar, etc.) y no existe ninguna verbalización por parte del terapeuta o del usuario que indique lo contrario, verbal, cuando el usuario verbaliza que está llevando a cabo dicha tarea.

Ejemplo:

Terapeuta: Piensa cómo te sentirías tú en esa situación. Simplemente quiero que lo pienses.

¿Lo estás haciendo?

Usuario: Sí (seguimiento de instrucciones dentro de sesión).

2.3.1 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Seguimiento de instrucciones dentro de sesión”

Verbalización de *acciones* llevadas a cabo en sesión en respuesta a una instrucción del terapeuta (por ejemplo, instrucciones sobre respiración, exposición, etc.).

2.3.2 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión total”

Estas son verbalizaciones que hacen referencia a la realización pasada de actividades solicitadas por los terapeutas o propias del centro de forma completa.

2.3.3 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión parcial”

Verbalizaciones del usuario que hacen referencia a la realización pasada de actividades solicitadas por los terapeutas o propias del centro de forma incompleta.

2.3.4 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión total”

Verbalizaciones del usuario que hacen referencia a la realización futura de actividades solicitadas por los terapeutas o propias del centro de forma completa.

2.3.5 Función seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión parcial”

Verbalizaciones del usuario que hacen referencia a la realización futura de actividades solicitadas por los terapeutas o propias del centro de forma incompleta.

Diferencia con otras categorías:

- Para facilitar la diferenciación se decide jerarquizar las categorías en los bloques relacionados con tareas:
 - La categoría *Seguimiento de Instrucciones* se priorizará frente a *Proporcionar información*.

- Diferencia con *Verbalización Proterapéutica*: Cuando el usuario completa la verbalización con función instructora del terapeuta se registra *Verbalización proterapéutica*. Sin embargo, si incluye un verbo que implica el cumplimiento de la acción que deberá realizar se registra *Seguimiento de instrucciones*.
- Diferencia con *Proporcionar información, Verbalizaciones proterapéuticas o Verbalizaciones antiterapéuticas*: Cuando el terapeuta emite discriminativos a lo largo de la sesión para preguntar, por ejemplo, visiones alternativas, ejemplos o pruebas de realidad de algún hecho o pensamiento, las respuestas a estos discriminativos no se registran como *Seguimiento de Instrucciones*, sino dentro de una de las otras categorías según corresponda.
- Diferencia con *Proporcionar información*: En el curso de una descripción sobre el seguimiento de tareas las descripciones correspondientes a las acciones realizadas se registran como *Seguimiento de instrucciones* y las relativas al contexto como *Proporcionar información*.

2.4 No seguimiento de instrucciones

Verbalizaciones que reflejan la no realización por parte del usuario de conductas solicitadas por el terapeuta o terapeutas (psicólogos, trabajadores sociales, monitores personales) así como de las actividades propias del centro durante su estancia en el mismo, tanto dentro como fuera de sesión.

2.4.1 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “No seguimiento de instrucciones dentro de sesión”

Verbalizaciones que reflejan la no realización de *acciones* solicitadas por el terapeuta en el transcurso de la sesión. De manera excepcional se considera apropiado tomar como referencia las verbalizaciones del terapeuta en los casos en que la no realización de la conducta solicitada implique una respuesta no verbal, por ejemplo, permanecer en silencio.

2.4.2 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión”

Verbalizaciones que describen la no realización pasada de actividades solicitadas por los terapeutas en sesiones anteriores o actividades propias del centro.

2.4.3 Función no seguimiento de instrucciones. Modificador “Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión”

Verbalizaciones que anticipan la no realización futura de actividades solicitadas por los terapeutas o propias del centro.

Diferencia con otras categorías:

- *No seguimiento de instrucciones + Verbalizaciones antiterapéuticas:* Ante verbalizaciones que reflejen simultáneamente tanto la no realización de una conducta solicitada (bien sea en sesión, de anticipación o descripción) como distanciamiento, rechazo u oposición a la consecución de los objetivos, se acuerda registrar ambas categorías al mismo tiempo (con una diferencia de 1 segundo).

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Entonces vas a ir?”

Usuario: “No, es una tontería” (Verbalización antiterapéutica + Anticipación del no seguimiento total de instrucciones).

2.5 Verbalizaciones proterapéuticas

Las verbalizaciones proterapéuticas son aquellas que facilitan la interacción entre el terapeuta y el usuario, y que muestran una aproximación a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Se consideran contenidos proterapéuticos aquellos que expresan:

- Acuerdo respecto a las explicaciones proporcionadas por el terapeuta, los objetivos planteados y las expectativas respecto a la consecución de los mismos.

a. Se consideran muestras de acuerdo o aceptación aquellas que exhiban una respuesta afirmativa o una opinión a favor de lo que está diciendo el terapeuta. Esto puede ocurrir tras una categoría estado o una categoría evento por parte del terapeuta. A continuación se muestran varios ejemplos:

- Función informativa en la que se explique el análisis funcional, conocimiento técnico, desarrollo de la terapia o una explicación alternativa a lo que plantea previamente el usuario.

Ejemplo:

Terapeuta: “es importante trabajar la dificultad que tienes para decir que no a tus compañeros cuando te piden dinero” (función informativa).

Usuario: “vale”.

- Motivadora que explicita la posibilidad de cambio.

Ejemplo:

Terapeuta: “que te ponga a ti la medalla porque lo vamos a conseguir” (función motivadora).

Usuario: “eso espero”.

- Discriminativa que le pregunte por las expectativas del cambio.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿crees que podrás conseguirlo?” (función discriminativa).

Usuario: “quién sabe, lo voy a intentar”.

b. Aquellas por parte del usuario que completen los estados del terapeuta con algo acorde a lo que dice.

c. No se consideran muestras de acuerdo aquellas respuestas afirmativas que proporcionen información neutral.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Finalmente fuiste al cine, no?”

Usuario: “sí”.

- Verbalizaciones acerca del bienestar que experimenta el usuario.
 - a. Verbalizaciones del usuario que hacen referencia explícita a:
 - Estado de satisfacción o felicidad actual.

Ejemplo:

Usuario: “no me puedo quejar, no me va mal”.

También se considera una verbalización proterapéutica aquella que hace referencia a que se sintió bien pero no verbaliza como sino que compara con el sentimiento de otro o de él mismo en otro momento.

Ejemplo:

Usuario: “me sentí como sentí la vez anterior”.

- Anticipación de satisfacción o felicidad.

Ejemplo:

Usuario: “yo creo que no estaré tan mal como ahora”.

En estos casos, para ayudarnos a decidir si una verbalización es o no proterapéutica, la pondremos en tiempo presente. Si la verbalización, así conjugada se considera una verbalización de bienestar la registraremos así aunque esté en futuro.

- La situación favorable que el usuario está viviendo fruto de sus logros terapéuticos (o debido a cualquier otra circunstancia).

Ejemplos:

Usuario: “este tema lo llevo mejor”.

Terapeuta: “¿has mejorado tu estado de ánimo general?” (función discriminativa).

Usuario: “un poco”.

- b. Respuesta afirmativa a preguntas del terapeuta que incluyan los contenidos típicos que registramos como bienestar del usuario.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿ha sido una semana más buena de lo normal? o ¿la vida en este momento es más agradable?”.

Usuario: “bueno, un poco”.

c. Listado de contenidos que puede ayudarnos a detectar bienestar:

- “Estoy a gusto”, “Me siento bien”, “Estoy encantada”, “Lo estoy pasando bien”, “Me alivia”, “Me tranquiliza”, “Disfruto”, “Estoy tranquila”, “Estoy bien”, “Estoy orgullosa”, “Siento entusiasmo”, “Me siento relajada”, “No estoy tan mal”, “Estoy mejor”

Las verbalizaciones consideradas como bienestar son registradas como proterapéuticas aunque estén expresados con adverbios de cantidad del tipo “*un poco*”.

- Motivación respecto a acudir a terapia o al centro y a trabajar para la consecución de los objetivos planteados.
 - El expresar sus deseo de mejorar
 - Mostrar expectativas positivas respecto a la ayuda que puede proporcionar el centro.
 - Solicitar de manera asertiva trabajar nuevos objetivos terapéuticos o tener un mayor número de sesiones de terapia.

Ejemplo:

Usuario: “Yo quisiera tener más sesiones para contar todo esto que es muy complicado”

- Expresar agradecimiento o satisfacción respecto a la terapia, al terapeuta o al centro.

Ejemplo:

Usuario: “sin la terapia estaría peor”.

- *Anticipación de situaciones favorables* como fruto de sus logros terapéuticos (o debido a cualquier otra circunstancia).

Ejemplo:

Usuario: “tarde o temprano encontraré algún trabajo, mejor o peor”.

- Reglas de conducta que faciliten el cambio
- Logros terapéuticos

Se consideran verbalizaciones de logro las siguientes:

- a. La posibilidad de llevar algo a cabo (terapéutico) que antes no era capaz de realizar.

Ejemplos:

Usuario: “pero me lo tomo de otra manera”.

Terapeuta: “¿sonríes más?” (función discriminativa).

Usuario: “sí”.

- b. Se considera proterapéutico lo que dice acerca de su conducta (motora, cognitiva o emocional) y el contexto que la acompaña (es decir, el análisis funcional).

Ejemplo:

Usuario: “ahora cuando me piden dinero los del centro pienso en que un amigo no se enfadaría si le digo que no, entonces les digo que no, que no puedo”.

- c. Verbalizaciones en las que el usuario afirme que ha avanzado (o niegue que no ha avanzado) en la consecución de un objetivo terapéutico.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿has aumentado las interrelaciones con la gente tanto las que parten de ti como las que te proponen?” (función discriminativa).

Usuario: “un poco”.

- d. Comprensión de sus problemas de conducta, es decir, reconocimiento de la conducta problema ya sea porque el usuario lo verbaliza o porque muestra su aceptación respecto a una explicación del análisis funcional de la conducta problema.

Ejemplo:

Usuario: “soy consciente de que tengo que cambiar esto porque me trae problemas”.

- Afirmación de ausencia de enfermedad.

Para registrar una verbalización proterapéutica hay que atender a los tiempos verbales, en esta categoría se registran verbalizaciones expresadas en tiempo presente o futuro, y aquellas verbalizaciones expresadas en pasado pero que afecten al momento presente. Asimismo, respecto al tiempo pasado, no se consideran verbalizaciones proterapéuticas aquellas que hagan referencia a momentos previos al inicio de la terapia.

Diferencia con otras categorías:

- Diferencia con *verbalización antiterapéutica*: Se considera proterapéutico el reconocimiento de sus problemas asociado a su deseo de cambio, de lo contrario, sería una *verbalización antiterapéutica*. También se considera proterapéutico aceptar las propuestas de cambio por parte del terapeuta. Esto quiere decir que si se está reconociendo sus problemas y aceptando las propuestas de cambio por parte del terapeuta, también se consideraría proterapéutico.
- Diferencia con *seguimiento de instrucciones*: Una respuesta afirmativa tras una *instructora laxa* suele ser una *verbalización proterapéutica* al mostrar su acuerdo con lo que expresa el terapeuta, pero no llega a ser un *seguimiento de instrucciones* (salvo que diga de manera explícita que llevará a cabo lo que sugiere el terapeuta) ya que las verbalizaciones por parte del terapeuta no facilitan que usuario afirme que lo llevará a cabo.

Ejemplo:

*Terapeuta: “podrías decirle que no tienes más tabaco, o que en el centro no se puede fumar”
(instructora laxa)*

Usuario: “ya” (verbalización proterapéutica)

Terapeuta: “con calma, Dani” (instructora laxa)

Usuario: “ya” (verbalización proterapéutica)

Terapeuta: “con calma, Dani” (instructora laxa)

Usuario: “sí, voy a ir con calma” (seguimiento de instrucciones fuera de sesión – anticipación total)

Terapeuta: “la próxima vez que Miguel te pida tabaco le vas a decir que no tienes más, aunque tengas el paquete completo” (instructora fuera de sesión)

2.6 Verbalizaciones antiterapéuticas

Las *verbalizaciones antiterapéuticas* son aquéllas que dificultan la interacción entre el terapeuta y el usuario, y que muestran un distanciamiento, rechazo u oposición a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Se consideran contenidos antiterapéuticos aquellos que expresan:

- Desacuerdo respecto a las explicaciones proporcionadas por el terapeuta, los objetivos planteados y las expectativas respecto a la consecución de los mismos.
 - a. Se consideran muestras de desacuerdo aquellas que exhiban una respuesta negativa (negación, oposición, rechazo, respuesta agresiva) o una opinión en contra de lo que está diciendo el terapeuta. Esto puede ocurrir tras una categoría estado o una categoría evento por parte del terapeuta.

Ejemplos:

- Función informativa en la que se explique el análisis funcional, el desarrollo de la terapia o una explicación alternativa a lo que plantea previamente el usuario.

Ejemplos:

Terapeuta: “... (función informativa), ¿estás de acuerdo? (función discriminativa)”.

Usuario: “no, no lo veo así”.

Terapeuta: “y para conseguir mejorar la habilidad de saber qué decir en cada momento, trabajaremos aquí en sesión poniéndonos en diferentes situaciones hipotéticas”

Usuario: “es que a mí no me apetece trabajar eso, no me veo actuando”.

- Motivadora que explicita la posibilidad de cambio.

Ejemplo:

Terapeuta: “así en la próxima entrevista de trabajo no te pasará lo que ocurrió en la última” (función motivadora).

Usuario: “no lo creo, no me veo capaz”.

- Discriminativa que le pregunte por las expectativas del cambio.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿crees que podrás conseguirlo?” (función discriminativa).

Usuario: “no, lo no veo”.

- b. No se consideran muestras de desacuerdo aquellas respuestas negativas que proporcionen información neutral.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿finalmente fuiste al cine, no?”.

Usuario: “no”.

- Malestar.

- a. Verbalizaciones del usuario que hacen referencia explícita a:

- Padecimiento actual debido a sus conductas problema.

Ejemplo:

Usuario: “me siento tan deprimida”.

También se considera una verbalización antiterapéutica aquella que hace referencia a que se sintió mal pero no verbaliza como sino que compara con el sentimiento de otro o de él mismo en otro momento.

Ejemplo:

Usuario: “me sentí como se sintió él la vez anterior”.

- Anticipación del padecimiento ante una situación.

Ejemplo:

Usuario: “si subo al metro me voy a sentir fatal”.

Para ayudarnos a decidir si una verbalización es o no anticipación, la pondremos en tiempo presente. Si la verbalización, así conjugada, quedara dentro de las verbalizaciones que consideramos malestar la registraremos así aunque esté en futuro.

- La situación desfavorable que el usuario está viviendo fruto de sus conductas problema y sus fracasos terapéuticos (o debido a cualquier otra circunstancia).

Ejemplos:

Usuario: “este tema lo estoy llevando fatal, me sigo poniendo muy nervioso, no logro superarlo”.

Terapeuta: “¿has mejorado tu estado de ánimo general?” (función discriminativa).

Usuario: “no”.

- b. Respuesta afirmativa a preguntas del terapeuta que incluyan contenidos típicos que registramos como *malestar* en el usuario.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿lo pasaste realmente mal cuando te expusiste a la situación?”.

Usuario: “sí”.

- c. Verbalizaciones expresadas en tono quejoso. Nos guiaremos comparando el tono de la verbalización susceptible de considerarse malestar con el tono medio de las verbalizaciones emitidas por el usuario.
- d. Listado de contenidos que puede ayudarnos a detectar malestar:

- Estoy desesperado	- Estoy al límite
- Me siento mal	- Me altera

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| - Me abruma | - Me da rabia |
| - Estoy bloqueado | - Me siento mal |
| - Estoy desencantado | - Me siento triste |
| - Lo estoy pasando mal | - Me siento insegura |
| - Me agobio | - Me resulta incómodo |
| - Me cuesta... | - Siento rechazo |
| - No disfruto | - Estoy cansada |
| - No estoy bien | - Me afecta |
| - Me molesta | - Estoy desganado |
| - Me siento culpable | - Estoy apático |
| - Me da miedo | - Estoy avergonzado |
| - Sentí una sudoración | - Estoy atascado |
| - Empecé a notar una taquicardia... | - Estoy estresado |
| - Me molesta | - Me da pánico |
| - Voy con miedo | - Lo paso fatal |
| - Me frustra | - Me pongo como una moto |
| - Me siento solo | |

- e. Las verbalizaciones consideradas como malestar son registrados como antiterapéuticas aunque estén expresados con adverbios de cantidad del tipo “*un poco*”.
- Falta de motivación respecto a acudir a terapia o al centro y a trabajar para la consecución de los objetivos planteados.
 - a. Expresar insatisfacción respecto a la terapia, al terapeuta o al centro.

- Quejas sobre el centro (infraestructura, comida, horarios, obligaciones cotidianas, trato por parte de los profesionales, relación con otros compañeros, organización del centro, actividades realizadas en el centro, etc.), demandas de cambio en este sentido, muestras de impaciencia e intentos de dirigir la sesión de manera poco asertiva. Si las peticiones de cambio son razonables y expresadas de manera asertiva, no se consideran verbalizaciones antiterapéuticas.

Ejemplos:

Usuario: “este centro es una porquería, estaba mucho mejor en el otro”

Usuario: “¿cuándo vamos a pasar a lo siguiente?”

Usuario: “hazme el calendario bien hecho”

Usuario: “¿queda mucho de sesión?”

Usuario: “¿cuándo me puedo ir?”

Usuario: “¿y ahora qué?, ¿ahora qué hacemos?”

- Exigencias hacia los profesionales del centro, aunque vayan precedidas de una verbalización proterapéutica.

Ejemplo:

Decir *“por favor, dame otro horario que se me perdió”* sería una verbalización proterapéutica, pero no la exigencia, como por ejemplo, *“lo quiero a ordenador, que a mano no es una presencia”*, ya estas últimas se consideran verbalizaciones antiterapéuticas

- Amenazas de irse del centro.

Ejemplo:

Usuario: “si no me dejan estar a mi aire voy a terminar yéndome del centro”.

- Comparación negativa del terapeuta con otros profesionales.

Ejemplo:

Usuario: “es que los psicólogos no me entienden igual que los psiquiatras”.

- b. Anticipación de situaciones poco favorables como fruto de sus logros terapéuticos (o debido a cualquier otra circunstancia).
- c. La anticipación de la no consecución de algún objetivo terapéutico.

Ejemplo:

Usuario: “no creo que llegue a controlarme con mis compañeros”.

- d. Expresión de expectativas escasas o negativas respecto a la ayuda que le/les puede proporcionar el centro.
- e. Respuestas negativas o desacordes con las expectativas/posibilidades de cambio, tras una verbalización del terapeuta con las siguientes funciones:
 - Una motivadora que explicita la posibilidad de cambio.

Ejemplo:

Terapeuta: “lo vamos a conseguir”.

Usuario: “no sé yo”.

- Una discriminativa que le pregunte por las expectativas del cambio.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿crees que podrás conseguirlo?”

Usuario: “lo dudo mucho”

Terapeuta: “¿crees que no cambiarás?”

Usuario: “sí, lo creo”

- Fracasos terapéuticos: Se consideran verbalizaciones de fracaso las siguientes:
 - a. La no consecución de algún objetivo terapéutico.

Ejemplo:

Usuario: “no logro controlarme”.

- b. El retroceso en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos

Ejemplo:

Usuario: “sí, antes iba a teatro, pero es que ahora ya no me apetece”

- c. Se considera antiterapéutico lo que dice acerca de su conducta (motora, cognitiva o emocional) y el contexto que lo acompaña (es decir, el análisis funcional).

Ejemplo:

Usuario: “es cuando me pongo nerviosa digo cualquier cosa”

- d. Verbalizaciones en las que el usuario niegue que ha avanzado (o afirme que no ha avanzado) en la consecución de un objetivo terapéutico.

Ejemplo:

Usuario: “es que estoy igual desde que entré en el centro”

Terapeuta: “¿has aumentado las interrelaciones con la gente tanto las que parten de ti como las que te proponen?” (función discriminativa).

Usuario: “no”.

- e. No se considera antiterapéutico expresar la dificultad para el cambio en una situación hipotética. Por ejemplo: “si me saliera un trabajo lo pasaría mal para adaptarme, no sé si me adaptaría”. Lo que se considera antiterapéutico es expresar que no haría el cambio (como consecuencia de esa dificultad).
- Afirmar que se padece una enfermedad (etiqueta diagnóstica) y/o que eso imposibilita el cambio.
 - Las verbalización de reglas de conducta que dificulten el cambio (prever consecuencias negativas del cambio, verbalizaciones “anti-motivadoras”) se consideran verbalizaciones antiterapéuticas.

Ejemplo:

Usuario: “la vida es más para sufrir que para disfrutar”

Para registrar una verbalización antiterapéutica hay que atender a los tiempos verbales, en esta categoría se registran verbalizaciones expresadas en tiempo presente o futuro, y aquellas verbalizaciones expresadas en pasado pero que afecten al momento presente.

Asimismo, respecto al tiempo pasado, no se consideran verbalizaciones antiterapéuticas aquellas que hagan referencia a momentos previos al inicio de la terapia.

Cabe destacar una serie de consideraciones generales para las verbalizaciones pro y antiterapéuticas:

- Se consideran muestras de aceptación o desacuerdo aquellas respuestas afirmativas o negativas tras una informativa que hace referencia a cómo seguirá el desarrollo de la terapia, a planteamientos alternativos o a conocimiento técnico. Sin embargo, no se considera una muestra de aceptación o desacuerdo aquellas respuestas afirmativas que confirmen la ocurrencia de un hecho. Es decir, hay que tener en cuenta si la respuesta es una simple afirmación de que un hecho ha ocurrido o si dicha afirmación tiene más que ver con una opinión a favor o en contra de lo que plantea el terapeuta.
- La disminución de la sintomatología positiva se considera una *verbalización proterapéutica* ya sea porque lo asocie a la medicación o a la terapia, ya que entendemos que la adherencia a la medicación es un logro en estos pacientes.
- Se considera proterapéutica aquella verbalización que exprese una mejoría y antiterapéutica aquella verbalización que exprese un empeoramiento de sus problemas psicológicos. Sin embargo, si la verbalización no añade nada nuevo ni para bien (disminución de los problemas psicológicos que tenía previamente) ni para mal (claro aumento de dichos problemas), sería una verbalización de información neutral. Simplemente dice que todo sigue igual, no añade nada nuevo. No obstante, si la ausencia de cambio implica mantenimiento de cambios terapéuticos, debería ser proterapéutico, así como el mantenimiento del malestar, etc. debería ser antiterapéutico.
- Cuando el usuario verbaliza que “están enfermos para siempre” y que “tienen una etiqueta”, su lenguaje es antiterapéutico. Sin embargo, si añade que por eso debe hacer tareas, eso último sería proterapéutico. Cabe destacar que reconocer sus conductas

problemáticas se considera proterapéutico, pero decir que nunca será capaz de cambiarla se considera antiterapéutico. Por el contrario, expresar que nunca cambiará porque tiene una etiqueta diagnóstica se considera antiterapéutico, pero afirmar que aun así acudirá al centro y seguirá la terapia se considera proterapéutico.

Ejemplos:

Terapeuta: ¿te pusiste nervioso?

Usuario: no (proporcionar información).

Terapeuta: ¿has tenido una alucinación nueva o una rayada nueva esta semana?

Usuario: no (proporcionar información)

Terapeuta: ¿has vuelto a tener alguno de aquellos episodios?

Usuario: no (o “ya no”, o “desde entonces no...”) (verbalización proterapéutica)

- Cuando el usuario informa que no ha llevado una actividad del centro pero no sabemos si se le ha instruido o no para que lo haga, se registrará esa información como *proporcionar información*.
- Se incluyen verbalizaciones que faciliten o dificulten la consecución de los objetivos terapéuticos:
 - Se consideran proterapéuticas las verbalizaciones que expresen tener el calendario de las actividades a realizar, usarlo o recordar las actividades que tienen que realizar
 - Se consideran antiterapéuticas las verbalizaciones que expresen perder el calendario de las actividades a realizar, no usarlo o no recordar las actividades que tienen que realizar
 - Se consideran proterapéuticas las verbalizaciones motivadoras respecto al cambio terapéutico, y antiterapéuticas las desmotivadoras. Asimismo, se consideran pro o antiterapéuticas respectivamente las verbalizaciones que

faciliten quedarse en la situación actual (“la vida es sufrimiento”) o cambiar (“la vida puede ser mejor que esto”).

- Verbalizaciones intermedias en cuanto al contenido, del tipo: “¿*Qué tal esta semana?*”, “*bueno, tirando*”, se registrarán como pro o antiterapéuticas en función del contexto, es decir, en función de si se considera un avance o un retroceso para el usuario.
- Cuando se habla del lado positivo y negativo de alguna situación, se segmenta la conducta verbal en pro y antiterapéutica, según corresponda, salvo que se decante claramente por una de las dos opciones.
- Se considera proterapéutica la petición de trabajar algún aspecto en el que encuentre dificultades. Pero si esa expresión de dificultades va asociada a críticas al centro o a los compañeros de manera agresiva (no asertiva), estas últimas verbalizaciones se consideran antiterapéuticas.
- Las argumentaciones a favor y en contra de lo que dice el terapeuta se consideran pro y antiterapéuticas, según corresponda, y no *proporcionar información*. Se debe atender al contenido tras una afirmación o negación del usuario respecto a lo que dijo previamente el terapeuta.

Ejemplos:

Usuario: “no, pero si yo te entiendo” (proterapéutico)

Usuario: “sí, pero no estoy de acuerdo” (antiterapéutico)

Diferencia con otras categorías:

- Diferencias entre *verbalizaciones pro y antiterapéuticas* y *proporcionar información*:
Se recuerda que una respuesta afirmativa a todo aquello que incluya una mínima valoración o interpretación por parte del terapeuta, se considerará pro o antiterapéutico. Y una respuesta afirmativa a una descripción de hechos se considera dentro de proporcionar información.

Ejemplos:

Terapeuta: ¿nos hemos estado conociendo, verdad?

Usuario: sí (verbalización proterapéutica)

Terapeuta: ¿está semana has ido al cine, no?

Usuario: sí (proporcionar información)

- Hay que diferenciar entre: 1) una expresión de malestar acompañada de un seguimiento de instrucciones o una verbalización proterapéutica, en cuyo caso se priorizaría el seguimiento de instrucción y la verbalización proterapéutica. Por ejemplo: “lo pasé fatal pero me quedé”. 2) explicar que lo pasó (o pasará) mal en una situación cualquiera relacionada con actividades del centro, con la relación con compañeros y terapeuta y con situaciones relacionadas con su conducta problema, en estos casos se registrarían dichas verbalizaciones como antiterapéuticas.

2.7 Delirios y alucinaciones

Verbalizaciones en las que el usuario manifiesta una falta de contacto con la realidad, de modo que resultan inverosímiles o extravagantes para el observador.

- Alucinaciones: El usuario verbaliza experiencias sensoriales sin base real:
 - Imágenes
 - Voces
 - Sensaciones corporales
 - Olores
 - Sabores
- Delirios: El usuario verbaliza creencias o ideas sin fundamento lógico, asumidas por la persona como incuestionables. Podemos encontrar delirios de los siguientes tipos:
 - Control: Los sentimientos, pensamientos o actos son vividos como si no fuesen propios, sino impuestos por alguna fuerza externa.

- Referencia: Los acontecimientos, objetos o personas próximas tienen un sentido particular y no usual, negativo o peyorativo.
- Persecutorio: Convicción de que un sujeto o grupo es atacado, acosado, engañado, perseguido o víctima de una conspiración.
- Somático/Corporal: Supuestos cambios en la estructura o funcionamiento del cuerpo (“mi cerebro está podrido”, “mi boca está deformada”).
- Grandeza: Valoración exagerada de la importancia, el poder, el conocimiento o la identidad personales.
- Pobreza: Creencia delirante del usuario de que ha perdido o perderá sus posesiones materiales.
- Celotípico: Convicción delirante de que la pareja es infiel.
- Nihilista: Creencia en la no existencia del yo o alguna de sus partes, de los demás o del mundo.
- Extravagante: Delirio sin base real posible.

Diferencia con otras categorías:

- Diferencia con *Proporcionar información*: En los casos en que dudemos sobre el carácter verosímil de alucinaciones o delirios, por referirse a experiencias pasadas que pueden haber sucedido o elementos presentes en sesión que no podamos ver (por estar fuera del ángulo de la cámara), solo se registrará esta categoría si las verbalizaciones resultan claramente inverosímiles o extravagantes.

2.8 Lenguaje desorganizado

Verbalizaciones inadecuadas conversacionalmente o poco ajustadas al contexto terapéutico, por no estar relacionadas con el desarrollo de la terapia (no son demandas del usuario, ni verbalizaciones acerca de conductas pro/antiterapéuticas, etc.) o por no haber sido discriminadas por las verbalizaciones previas del terapeuta.

Para decidir si una verbalización es o no lenguaje desorganizado tendremos en cuenta tres factores:

- El contenido
- El refuerzo bajo entre las verbalizaciones del terapeuta
- La discriminación previa o el refuerzo medio o alto

En primer lugar, si el contenido está fuera de contexto, es decir, no ha sido discriminado, siempre se registra dicha verbalización como *lenguaje desorganizado*.

En segundo lugar, si dichas verbalizaciones son reforzada con el modificador bajo, se seguirán considerando lenguaje desorganizado y registrándose como tal. Sin embargo, en el momento en el que se empiecen a discriminar o a reforzar con los modificadores *medio* y *alto*, se empezarán a registrar como la categoría que corresponda (proporcionar información, verbalización proterapéutica, verbalización antiterapéutica, etc.) y no como *lenguaje desorganizado*.

Respecto a lenguaje desorganizado, le damos prioridad al contenido, con lo cual, si el usuario empieza una verbalización categorizada como lenguaje desorganizado, pero luego él mismo retoma el hilo de la conversación previa (ej: “respecto a lo que me estabas diciendo”) se consideraría esta verbalización como “proporcionar información”, con lo cual, primero registraríamos lenguaje desorganizado y cuando se retome el tema se consideraría proporcionar información o la categoría que corresponda.

Se incluyen los siguientes casos:

- Descripción pormenorizada de elementos no relevantes para el tema u objetivo que se está abordando en ese momento, como los siguientes:
 - Descripción de objetos particulares.

Ejemplo:

Hablando de que ya conocía algunos de los materiales que le enseñaron en un curso de limpieza:

Usuario: “Aunque aquí en el Eclerc siguen teniendo los dos cubos que yo utilizaba y la fregona que también yo utilizaba. Yo utilizaba en el corte inglés una bayeta para el luminario, otra para...” (Lenguaje Desorganizado).

- Ejemplos que surgen al hilo del tema pero que no están directamente relacionados con él.

Ejemplo:

Hablando de su dificultad para controlar qué información da a los demás:

Usuario: “Por ejemplo, el otro día fui con mi madre a ver dónde celebrábamos el cumpleaños del niño y en el restaurante nos cobraban diez euros...” (Lenguaje Desorganizado).

- Respuestas inadecuadas a una pregunta emitida por el terapeuta (categorizada como categoría *discriminativo fallido*).
 - Respuesta tangencial u oblicua, no relacionada directamente con la pregunta del terapeuta.

Ejemplo:

Terapeuta: “¿Has traído el registro?”

Usuario: “Este cuaderno no me gusta” (Lenguaje Desorganizado).

- Ausencia de respuesta (silencio).
- Verbalizaciones relacionadas con los elementos físicos presentes en la consulta.

Ejemplo:

En sesión, el usuario se fija en el fondo de pantalla del ordenador de la terapeuta:

Usuario: “Ay, ¿son gatos? ¡Qué chulos!” (Lenguaje Desorganizado).

- Saltar de un tema a otro sin desarrollar ninguno (es decir, empezar varias frases/ideas sin terminar ninguna):

Ejemplo:

Usuario: “A ver, como me dijo a mí una: pues hombre, no vas a llegar...porque lo que no se puede hacer...Yo es que todos los... A ver (...)” (Lenguaje Desorganizado).

- Verbalizaciones gravemente desorganizadas, casi incomprensibles o incoherentes (ensalada de palabras).
- La risa tras una verbalización por parte del terapeuta que no pretenda ese objetivo y que no resulte graciosa.
- Verbalizaciones repetitivas y persistentes alejadas del tema que se está hablando en una categoría estado o del discriminativo que haya sido emitido previamente, ya que entendemos que dichas verbalizaciones responden a estímulos encubiertos. Sin embargo, si las persistencias tuvieron su origen (fueron emitidas por primera vez) en una verbalización considerada “proporcionar información”, se categorizará como “verbalización antiterapéutica”, ya que hipotetizamos que la persona no se ha salido del contexto pero se resiste a seguir por donde dirige el terapeuta.

En el caso de que el *Lenguaje desorganizado* aparezca en medio del discurso, se marca el inicio en la primera frase en la que se haga explícita la falta de ajuste y esté separada de la anterior por un punto. El final de la categoría se marca utilizando este mismo criterio (cuando la frase desorganizada termine y haya una pausa o punto).

Se utiliza un criterio amplio para registrar esta categoría, de modo que toda verbalización que muestre atisbos de *Lenguaje desorganizado* se registra como tal.

Diferencia con otras categorías:

- Diferencia con *Proporcionar información*: Respecto a las respuestas oblicuas a preguntas del terapeuta, hay que diferenciar entre respuestas que tienen que ver pero que no son exactamente lo que se le pregunta y respuestas que no tienen nada que ver. Las primeras se registrarían como *Proporcionar información* y las segundas como *Verbalizaciones fuera de contexto*.

- Diferencia con Verbalizaciones *Proterapéuticas* y *Antiterapéuticas*: En el caso de que haya un salto en el contenido del discurso o el tema que se está tratando, pero este salto constituya una *verbalización proterapéutica o antiterapéutica*, se registrarán ambas categorías a la vez, primero *lenguaje desorganizado* y luego la categoría correspondiente. En este caso se aplicarían los mismos acuerdos que en cualquier *lenguaje desorganizado*, es decir, tras un *refuerzo bajo* se volvería a registrar *lenguaje desorganizado* junto con *proterapéutica o antiterapéutica*, y tras un *refuerzo medio o alto* o un *discriminativo*, la verbalización ya dejaría de ser lenguaje desorganizado
- Diferencia entre lenguaje desorganizado y otras categorías como proporcionar información, verbalizaciones proterapéuticas y antiterapéuticas: tras una categoría *discriminativo fallido* puede darse cualquiera de estas categorías atendiendo al contenido como primer criterio a tener en cuenta. Siempre que el contenido esté asociado al contexto de la terapia y no se centra en detalles o ejemplos irrelevantes, se dará prioridad verbalizaciones proterapéuticas, antiterapéuticas o proporcionar información y no a lenguaje desorganizado.
- Tras una categoría estado, si no se discrimina ninguna verbalización y el usuario empieza a hablar, siempre que tenga relación directa con lo que dice el terapeuta o sea una verbalización apropiada en el contexto terapéutico, se categoriza como la categoría correspondiente. Si no tiene relación directa sino que se centra en un ejemplo, cambia de tema o persiste en un tema previo, se considera lenguaje desorganizado.

2.9 Otras usuario

Se trata de todas aquellas verbalizaciones del usuario que no pueden ser incluidas en ninguna de las demás categorías.

Se decide que aquéllas verbalizaciones que no se escuchen con claridad no se registren.

Sí se registran aquellas verbalizaciones del usuario que, a pesar de escucharse con claridad, no se entienden por ser cortadas antes de que tengan significado, incluyendo las que tienen lugar inmediatamente después de una verbalización registrada en cualquiera de las otras categorías.

En los casos en que el terapeuta emita una verbalización del tipo “acércame los registros” y el usuario se los dé, la conducta del usuario se registraría como *Otras usuario*. Sin embargo, en los casos en los que, sin que el terapeuta diga nada, el usuario le dé los registros o algo similar y el terapeuta diga “*qué bien, perfecto*”, en el caso del usuario no se registra nada y en el caso del terapeuta se registra la categoría función *informativa*.

En los casos en que se registre una verbalización del terapeuta como *Otras* porque dice algo que se considera extra-terapéutico, las respuestas del usuario a estas verbalizaciones son registradas como *Otras usuario*, salvo que tenga lugar repetidas veces, en cuyo caso queda sin registrar ese fragmento completo.

2.10 Casos especiales durante el registro

Dada la dificultad que a veces supone entender lo que dicen algunos usuarios (algunos tienen dificultades para hablar como fruto de la toma de medicación), se acuerda que no se registren las verbalizaciones que no se entiendan salvo que se pueda deducir lo que ha dicho porque el terapeuta lo repite a modo de refuerzo o de discriminativo (tanto para comprobar si ha comprendido bien o para preguntar algo relacionado con la verbalización que no se entiende del usuario).

Respecto a cuándo cortar el registro de categorías estado del terapeuta para introducir un registro de la conducta verbal del usuario, se utilizan los mismos acuerdos existentes para decidir si segmentar o no una verbalización categorizada como función informativa. Es decir, solo se registra la conducta verbal del usuario si tiene un verbo con valor predicativo o si modifica el discurso inmediatamente posterior del terapeuta. La excepción se da en la *función instructora*, en la que siempre se tiene en cuenta lo que dice el usuario tras la verbalización del terapeuta categorizada como *función instructora*.

- Silencios
 - a. En caso de un silencio tras un hipotético estímulo discriminativo que esperan una respuesta verbal, la verbalización del terapeuta se registra como categoría *discriminativo fallido* y no se registra nada por parte del usuario.
 - b. Un silencio tras una verbalización que puede ser tanto discriminativo como instrucción dentro de sesión, y que va seguido de un refuerzo, se registra como instrucción dentro de sesión la verbalización del terapeuta, como seguimiento dentro de sesión el silencio del usuario y como refuerzo el refuerzo.
- Mentiras
 - a. Respecto a la mentira, no se tendrá en cuenta ya que registramos morfologías de respuesta en el usuario. Con lo cual, aunque sepamos que no ha llevado a cabo una tarea, si dice que ha seguido la instrucción, se registrará como tal.

- Medicación
 - a. Respecto a la toma de la medicación se dan varios tipos de verbalizaciones:
 - Se considera proterapéutico seguir la pauta de tomar la medicación tal y como se le indica, y no consumir sustancias que puedan alterar los efectos (alcohol u otras drogas).
 - Se considera antiterapéutico expresar una dependencia a este tipo de fármacos debido a su diagnóstico.
- Tests
 - a. Se acuerda que los momentos de sesión en los que se pide al usuario que rellene un test se registrarán de la misma manera que se ha acordado para los momentos de role-playing.

ANEXO B:

MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Modelo de consentimiento - Terapeuta



AVISO LEGAL TRABAJADORES

En cumplimiento de la normativa vigente de aplicación en materia de protección de datos de carácter personal, por medio de la presente Ud. manifiesta su consentimiento a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid para que proceda a la grabación, tratamiento y análisis de su imagen en el marco del proyecto "ANÁLISIS DE LAS VARIABLES ASOCIADAS AL CAMBIO DE CONDUCTA EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL" con la única finalidad de realizar los estudios propios del proyecto.

Se informa al trabajador que su imagen fotográfica se incorpora a un fichero titularidad de Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid que se encuentra debidamente inscrito en el Registro General de Protección de Datos.

Igualmente, le informamos de su derecho a acceder a los datos personales recabados por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, de oponerse al tratamiento y de solicitar su cancelación en los supuestos previstos legalmente. Para ejercitar estos derechos, y para cualquier otra aclaración, Ud. podrá dirigirse por escrito a FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

En Madrid, a

NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL TRABAJADOR
DNI
Firma:

Modelo de consentimiento – Usuario

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Grabación de sesiones de rehabilitación psicosocial

Usted tiene derecho a ser informado de cualquier grabación que se realice de las sesiones clínicas en las que participe. Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a las grabaciones que, dado el caso, se realizarían de estas sesiones. Léalo atentamente y consulte con su profesional de referencia todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, usted tendrá que firmar el consentimiento informado para que podamos realizar las grabaciones y, en caso de que no dé su consentimiento, estas grabaciones nunca serán tomadas. La participación en este estudio es completamente voluntaria y su negativa a participar no conllevará la pérdida de beneficio alguno en el servicio que recibe en este centro.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN MARCHA

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y la empresa Grupo 5 se está llevando a cabo un proyecto de investigación para el análisis de las variables asociadas al cambio de conducta en rehabilitación psicosocial. El objetivo último de esta investigación es la identificación de los factores relacionados con el cambio en la persona en un intento por comprender mejor el fenómeno de rehabilitación. Para ello se analizará fundamentalmente el comportamiento verbal del profesional, con el fin de estudiar la interacción entre el profesional y la persona que recibe tratamiento de rehabilitación pero nunca se juzgará o valorará el comportamiento de la persona que recibe el tratamiento.

Sólo con un estudio riguroso, sistemático y, en definitiva, científico, estaremos en disposición de entender qué elementos están relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y será posible idear formas de mejorar la actuación de los psicólogos en la rehabilitación, pudiendo así ofrecer un mejor servicio a todas aquellas personas que soliciten su ayuda. Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se hace imprescindible la colaboración de profesionales y usuarios que nos permitan el estudio del proceso terapéutico en el que se van a ver inmersos. Por este motivo, nos gustaría solicitar su consentimiento para poder llevar a cabo la observación de la terapia que está a punto de iniciar.

2. PROCEDIMIENTO DE GRABACIÓN

La grabación se realizará, en caso de obtener su consentimiento, a través de un circuito cerrado de cámara y vídeo instalado en el centro. Durante la grabación de las sesiones únicamente se enfocará al terapeuta, por lo que su imagen nunca será grabada, si bien tanto su voz como la del profesional podrán ser escuchadas.



3. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las grabaciones serán utilizadas únicamente con fines de investigación y solamente por parte del personal investigador que forma parte del proyecto, guardándose siempre las grabaciones en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información.

Al realizar el análisis de datos, en ningún caso se harán públicos los datos relativos a la identidad ni otros datos personales de la persona que recibe tratamiento, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención o tras ésta, usted desea dejar de colaborar en nuestra investigación, le rogamos que nos lo comunique e inmediatamente se dejarán de grabar las sesiones y/o se destruirán todos los vídeos existentes y/o registros derivados de la observación de los mismos. Esto no supondrá en ningún caso perjuicio alguno para el tratamiento de rehabilitación psicosocial que usted esté recibiendo.

5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha entregado el/la profesional Don/Dña., he comprendido las explicaciones que éste/a me ha facilitado acerca de la investigación que se está llevando a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid y la empresa Grupo 5 y el/la profesional me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO que se realicen las grabaciones de las sesiones de rehabilitación que ahora comienzo y que sean utilizadas para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En Madrid, a de de 200...

Firmado:

Don/Dña. _____
(El/la usuario/a)



Yo, Don/Dña....., declaro que he discutido el contenido de este documento de consentimiento informado con el /la arriba firmante.

Firma del profesional:

Don/Dña. _____