



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Departamento de Psicología Biológica y de la Salud**

**Programa de doctorado: Ciencia de la Conducta**

***TESIS DOCTORAL***

**ESTUDIO DE LAS REGLAS QUE EMITE EL  
TERAPEUTA DURANTE LA  
INTERVENCIÓN CLÍNICA**

**AUTORA: Ivette Vargas de la Cruz**

**DIRECTORA: Dra. María Xesús Froján Parga**

**Madrid, Noviembre de 2011**



*A Tomás, por acompañarme en todo momento*

*A mis padres, por su desmedida confianza en mí*

*A María Xesús, por el tiempo que me ha dedicado  
y por enseñarme dónde mirar*

*Y a todo el equipo de investigación,  
guardando un lugar especial a Rebeca, que hizo posible este trabajo*



# ÍNDICE

---

	<u>Pág.</u>
<b>INTRODUCCIÓN. MARCO GENERAL DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>1</b>
1. INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS Y DE PROCESOS	2
2. EL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE UNA PERSPECTIVA ANALÍTICO FUNCIONAL	6
3. RESULTADOS PREVIOS DE NUESTRO GRUPO DE INVESTIGACIÓN	8
<b>CAPÍTULO I. CONDUCTA VERBAL Y TERAPIA</b>	<b>13</b>
1. INICIOS DEL ESTUDIO DEL LENGUAJE	14
2. DESARROLLO EMPÍRICO DEL ESTUDIO DEL LENGUAJE	15
3. SOBRE LA REFERENCIALIDAD DEL LENGUAJE	17
4. EL LENGUAJE DENTRO DE LA CLÍNICA COMO CONDUCTA CLÍNICAMENTE RELEVANTE	21
5. SUPUESTOS BÁSICOS DE LA ACTUAL INVESTIGACIÓN	24
<b>CAPÍTULO II. HACIA UNA DEFINICIÓN DE REGLA</b>	<b>27</b>
1. EL CONCEPTO DE SKINNER	28
1.1. <i>Críticas al concepto de Skinner</i>	29
1.2. <i>Aportaciones definitorias</i>	31
2. ESTUDIOS SOBRE REGLAS E INSTRUCCIONES HASTA LA ACTUALIDAD	36
2.1. <i>Antecedentes de la investigación sobre reglas e instrucciones</i>	36
2.2. <i>Líneas de investigación sobre reglas</i>	39
2.3. <i>Tipos de comportamiento gobernado por reglas</i>	49

3.	CONCLUSIONES SOBRE EL CONCEPTO DE REGLAS	56
3.1.	<i>Críticas al concepto de conducta gobernada por reglas</i>	57
3.2.	<i>Nuestra definición de reglas</i>	57
 <b>CAPÍTULO III. LA CONDUCTA GOBERNADA POR REGLAS EN LA CLÍNICA</b>		<b>61</b>
1.	TRATAMIENTO Y EXPLICACIÓN DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	62
1.1.	<i>Estudio de las reglas de acuerdo a problemas específicos</i>	63
1.2.	<i>Estudio de las reglas según su tipo</i>	64
1.3.	<i>Estudio de las reglas de acuerdo a un exceso o falta de ellas</i>	67
1.4.	<i>Estudio de las reglas de acuerdo a la falta de identificación y elaboración de las mismas</i>	71
1.5.	<i>Estudio de las reglas de acuerdo a la elaboración inefectiva o incorrecta de las mismas</i>	72
1.6.	<i>El tratamiento a través del cambio de reglas</i>	73
2.	INTERVENCIÓN MEDIANTE UN TIPO ESPECIAL DE REGLA: ANALOGÍAS, METÁFORAS E HISTORIAS	75
3.	CONCLUSIONES SOBRE EL PAPEL DE LAS REGLAS EN TERAPIA.	79
 <b>CAPÍTULO IV. ESTUDIO EMPÍRICO 1: Desarrollo de un Sistema de categorías de las reglas emitidas por el terapeuta</b>		<b>83</b>
1.	INTRODUCCIÓN	83
2.	MÉTODO	84
2.1.	<i>Participantes</i>	84
2.2.	<i>Unidad de categorización</i>	85
2.3.	<i>Materiales e instrumentos</i>	85
2.4.	<i>Procedimiento</i>	88
3.	RESULTADOS	90
3.1.	<i>Instrumento de medida definitivo</i>	90
3.2.	<i>Cálculo del grado de acuerdo interjueces alcanzado</i>	92
4.	DISCUSIÓN	94

<b>CAPÍTULO V. ESTUDIO EMPÍRICO 2: Estudio de las reglas emitidas por un terapeuta experto y otro inexperto en un caso completo</b>	<b>97</b>
1. INTRODUCCIÓN	97
2. MÉTODO	99
2.1 <i>Participantes</i>	99
2.2 <i>Variables e instrumentos</i>	99
2.3 <i>Procedimiento</i>	101
3. RESULTADOS	103
3.1 <i>Terapeuta experto</i>	103
3.2 <i>Terapeuta inexperto</i>	107
3.3 <i>Comparación entre las reglas emitidas por los terapeutas expertos y los inexpertos</i>	110
4. DISCUSIÓN	111
<b>CAPÍTULO VI. ESTUDIO EMPÍRICO 3: Estudio de las reglas emitidas por terapeutas en una amplia muestra de casos</b>	<b>117</b>
1. INTRODUCCIÓN	118
2. MÉTODO	118
2.1 <i>Participantes</i>	118
2.2 <i>Variables e instrumentos</i>	121
2.3 <i>Procedimiento</i>	123
3. RESULTADOS	125
3.1 <i>Estudio de las reglas emitidas por los terapeutas de acuerdo a los cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes</i>	126
3.2 <i>Estudio de las diferencias entre las reglas emitidas por terapeutas expertos y terapeutas inexpertos</i>	134
4. DISCUSIÓN	140

<b>CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES FINALES</b>	<b>149</b>
1. CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS	150
1.1 <i>Desarrollo metodológico</i>	150
1.2 <i>Análisis de las reglas durante el proceso de cambio</i>	152
2. FUTURAS LÍNEAS	157
2.1 <i>Futuras líneas en relación la metodología</i>	157
2.2 <i>Futuras líneas en relación al estudio del papel de las reglas en terapia</i>	157
<b>REFERENCIAS</b>	<b>161</b>
<b>ANEXOS</b>	
<i>Anexo 1: Modelo de consentimiento informado</i>	
<i>Anexo 2: Sistema de categorización de las reglas emitidas por el terapeuta (SISC-REGLAS-T)</i>	

## INTRODUCCIÓN

### *MARCO GENERAL DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN*

---

La creciente emergencia de propuestas terapéuticas convierte el estudio del cambio clínico en uno de los grandes retos de la psicología. Se han llegado a señalar 400 psicoterapias diferentes (Kazdin, 1986, 2000), incluso dentro del enfoque conductual, donde también se puede observar la aparición de múltiples formas de tratamiento (Hayes, 2004).

Desde esta perspectiva no sorprenden los continuos esfuerzos para recoger y presentar las diferentes propuestas y el análisis de los elementos comunes y diferenciales entre ellas (Barraca, 2006; Pérez, 2006); ni tampoco la actual polémica sobre la eficacia diferencial de las intervenciones psicológicas (Norcross, Beutler y Levant, 2006; Sommons y Nathan, 2006; Stiles, Barkham, Mellor-Clarck y Conell, 2008; entre otros).

Entre las razones que justifican este estado se han destacado: (1) la complejidad del área en la clínica que, en ocasiones, hace incompatible la urgencia que demanda el cliente para aliviar su problema y la profundidad de análisis y tiempo que requiere el mismo; (2) la dificultad de introducir estudios experimentales en la clínica por los problemas éticos que supone; (3) la lucha por la preeminencia entre las diferentes teorías (Fairfax, 2008); y, al menos en parte, (4) la juventud de la psicología como ciencia, en especial la psicología clínica, lo que no significa una justificación (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Quizá estas características del área tengan un peso importante en la explicación de la dificultad de su estudio, pero no podemos justificar, con base en las mismas, la separación que desde hace muchos años se ha llevado a cabo entre la investigación y el campo clínico. Ante este panorama, creemos que solamente a través de su unión es posible conformar una práctica clínica con mejores resultados.

A pesar de estas dificultades, al menos una parte de la investigación ha continuado una prolífica trayectoria: se trata de la investigación de resultados, centrada

en la comprobación de los tratamientos más eficaces. Resulta curioso que aún a pesar de la proliferación de terapias y el creciente interés por encontrar procedimientos más exitosos, la búsqueda de procesos explicativos ha sido dejada a un lado y no hay evidencias que expliquen cómo o por qué se produce el cambio en diferentes intervenciones (Kazdin, 2009), lo cual constituiría un paso para desarrollar procedimientos con mejores resultados. Por lo que estamos de acuerdo con Kazdin (2008) cuando afirma que gracias a los estudios de eficacia se puede establecer una relación causal entre la intervención y el cambio, pero para explicar por qué se produjo esa relación, es necesaria la investigación de procesos.

Para comprender mejor el estado en el cual se inscribe la línea de investigación que estamos desarrollando y que pretendemos robustecer con los resultados de este trabajo, presentamos una reseña de lo que, a grandes rasgos, ha comprendido la investigación en el campo clínico y los resultados que hasta ahora hemos obtenido.

## **1. INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS Y DE PROCESOS**

La investigación en psicoterapia, desde sus inicios, ha seguido dos vías principales: por un lado, la investigación de resultados, que tiene como objetivo conocer los tratamientos de elección para los distintos problemas psicológicos y, por otro, la de procesos, cuyo propósito es explicar por qué funciona un tratamiento o cómo se produce el cambio. Aunque estas dos vías tienen una trayectoria muy larga, la investigación de procesos hasta antes de la década de los setenta era prácticamente inexistente, al tiempo que la investigación de resultados había acaparado el campo de la investigación en psicoterapia.

La preeminencia del estudio de resultados se remonta a los años cincuenta, con el trabajo de Eysenck (1952), el primer intento de cuantificación de eficacia de las interacciones psicoterapéuticas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). En este trabajo se denunciaba que las terapias psicodinámicas funcionaban incluso menos que la remisión espontánea, iniciando así una etapa caracterizada por la validación de la eficacia de los diferentes tratamientos. Aún a pesar de los numerosos trabajos que mostraban la hegemonía de la modificación de conducta frente las demás psicoterapias, no se pudo establecer una respuesta inequívoca sobre el tratamiento que funcionaba mejor en la clínica. Por el contrario, los trabajos de Smith y Glass (1977) y Luborsky,

Singer y Luborrsky (1975) manifestaban una equivalencia entre los distintos tratamientos. Dichos resultados sugerían que descubrir aquello que provocaba el éxito terapéutico era la única forma de saber qué funcionaba mejor que la ausencia de tratamiento (Bastine, Fiedler y Kommer, 1990). La prosperidad de la investigación de procesos se puso de manifiesto en la revisión realizada por Hill, Nutt y Jackson (1994) de los trabajos publicados entre los años 1978 y 1992, en los que se observaba un incremento de la cantidad de trabajos publicados en lo que se realizaba algún tipo de mediación de procesos y se identificaban los grupos de trabajo dedicados al estudio de algún aspecto del proceso terapéutico.

Sin embargo, esta pausa en la investigación de resultados terminó cuando en la década de los noventa surgen los trabajos de la División de Psicología Clínica (División 12) de la *American Psychological Association* (APA) como un intento de aclarar si cualquier tipo de psicoterapia era igualmente eficaz para cualquier tipo de problema o si existían tratamientos específicos para distintos problemas. Estos trabajos lideraron el movimiento de los tratamientos empíricamente validados.

En 1995 se publicó, desde la APA, un informe que intentaba recopilar información sobre las intervenciones psicológicas que se habían demostrado eficaces para el tratamiento de distintos problemas, entendiendo como eficacia al logro de los objetivos terapéuticos en investigaciones clínicas controladas. Este informe fue creado específicamente por un grupo de trabajo llamado *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* dirigido por Chambles, actualizado en 1996 y 1998 (Chambless et al., 1996, 1998). Sin embargo, estos trabajos fueron criticados por tener en cuenta solamente estudios de eficacia, los cuales, aunque cuenten con una alta validez interna, carecen de validez externa. Un segundo grupo de trabajo de la División 12 de la APA surgió para el estudio de los tratamientos psicológicos en niños y adolescentes denominado *Task Force on Effective Psychosocial Interventions: A Life Span Perspective*, publicado en el *Journal of Clinical Child Psychology* (1998) y *Journal of Pediatric Psychology* (Spirito, 1999). Como respuesta a las críticas que se le hicieron a los primeros trabajos de la APA, este segundo grupo, además de clasificar los tratamientos en función de la eficacia demostrada, informaba también de la efectividad de la intervención para el problema tratado, es decir, el logro de los objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual. Y, por otra parte, el nombre de tratamientos empíricamente validados pasó a llamarse tratamientos con apoyo empírico para no utilizar el término de validez. La última propuesta de la APA de *práctica basada en la*

*evidencia (Evidence-Based Practice in Psychology; APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)* fue especialmente importante por tres razones: reiteraba la necesidad de complementar los estudios de eficacia con los de efectividad, lo que suponía un acercamiento entre la investigación y práctica; incorporaba la experiencia clínica del terapeuta y las características del cliente, y, lo más importante, señalaba la importancia de los estudios de procesos para la identificación de los mecanismos de cambio como una de las maneras que contribuyen a potenciar la práctica psicológica exitosa.

El reconocimiento de la APA fue sólo el reflejo de un renovado interés científico por la investigación de procesos que había comenzado a surgir años antes y que fue frenado por el primer informe citado. Aunque con menor repercusión, la investigación de procesos había continuado, no sin algunas dificultades, ya que tres aspectos la caracterizaban y continúan haciéndolo: (1) la confusión conceptual, (2) la pluralidad metodológica y (3) la diversidad de objetivos de investigación.

La confusión conceptual en esta área, denunciada por Orlinsky, Ronnestad y Willutzki (2004), se refiere a que el término de proceso puede tener diversos significados: en función de si se estudia el proceso de cambio o el proceso de tratamiento; en función de si la observación es realizada por el terapeuta, el cliente o un observador externo; en función de si el término de proceso se entiende desde una perspectiva descriptiva o causal; y, en función de si se analiza en un nivel micro o macro.

La pluralidad metodológica, según Hill y Lambert (2004), se refiere a dos alternativas: métodos cuantitativos y cualitativos, cada método con numerosas dimensiones en las que existe una gran diversidad. En concreto, los métodos cualitativos varían tanto de unos estudios a otros que resulta sumamente complicado establecer una regularidad entre ellos; en tanto que los métodos cuantitativos pueden variar, entre otros aspectos, respecto a los instrumentos de evaluación, las estrategias de codificación de datos, el foco de análisis que puede ser el terapeuta, el cliente o la díada terapeuta-cliente, y, también, las variables que se estudien como el contenido, la conducta, el estilo/estado o la calidad.

En cuando a la diversidad de objetivos de investigación, Llewelyn y Hardy (2001) señalan que se pueden distinguir entre estudios descriptivos, estudios de comprobación de hipótesis o estudios ligados a una teoría de cambio.

Pero, además de estas dificultades que conforman el espacio de la investigación de procesos, también se han propuesto algunos retos que han desarrollado algunas líneas de trabajo. Una de estas líneas ha sido el prolífico estudio de las variables predictoras del éxito clínico, dentro del cual, debido a la inmensa cantidad de trabajos llevados a cabo, se señaló la necesidad de integrar el conocimiento en el área (Beutler, 1991, 2000; Orlinsky, Ronnestad y Willutsky, 2004). De acuerdo con estos objetivos, Rosen y Davidson (2003) añadían la necesidad de establecer principios de cambio con apoyo empírico que permitieran frenar la proliferación de propuestas psicoterapéuticas que no añadían ningún mecanismo de cambio diferente a los ya establecidos. Entre las propuestas más destacadas se encuentra la creación de una nueva comisión llevada a cabo por Castonguay y Beutler, la cual sostenía que la efectividad terapéutica se debía a la influencia de tres tipos de factores que interactúan entre sí: factores relacionados con las técnicas de tratamiento, los relativos a los participantes en el proceso terapéutico y los concernientes a la relación terapéutica. Su trabajo recogía los principios del cambio terapéutico comunes y no comunes a cuatro grupos de problemas psicológicos: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos por abusos de sustancias (Castonguay y Beutler, 2006).

Otra línea de investigación destacable está conformada por las propuestas integracionistas que se han desarrollado a partir de los años 80, de entre las cuales se pueden destacar los trabajos de Goldfried, en los que considera necesaria la unificación terminológica y la conjunción de las perspectivas conductual y psicodinámica a un nivel intermedio: el de los principios básicos asociados al cambio terapéutico (por ejemplo, Goldfried, 1996). Por otra parte, también se puede destacar el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska, según el cual, el cambio de la conducta del cliente observado en la clínica se daría a través de seis estados: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación (por ejemplo, Prochaska y Diclemente, 1992; Prochaska y Norcross, 2001). Por último, la Teoría de la Consistencia de Grawe, según la cual, todo sistema psicológico necesita mantener un nivel mínimo de consistencia para sobrevivir, por lo que todo tipo de intervención deberá garantizar dicho nivel básico para evitar la aparición de mecanismos de defensa que impidan el cambio clínico (por ejemplo, Grawe, 2002).

Por último, otra línea de investigación sostiene que diferentes terapias producen resultados comunes porque los factores existentes entre las distintas aproximaciones clínicas que contribuyen a lograr la mayor parte del éxito terapéutico, son comunes

(Lampropoulos, 2000; Luborsky, 1995; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975). Aun así, esta línea fue objeto de muchas controversias. Por ejemplo, Grencavage y Norcross (1990) pusieron de manifiesto la escasa coincidencia existente entre las diversas propuestas de factores comunes que los distintos autores y grupos realizaban, lo cual no coincidía con las propuestas de otros autores que llegaban a defender la existencia de un único factor, el cual resultó ser distinto para cada uno (Bromberg, 1962; Hynan, 1981). Otras críticas señalaban que la existencia de características compartidas por distintos planteamientos terapéuticos no significaba, necesariamente, que esos factores fuesen los más importantes y podrían resultar totalmente irrelevantes para el éxito de la terapia o, incluso, ser en alguna medida perjudiciales (por ejemplo, Labrador, 1986; Wilson, 1996). A pesar de estas críticas, la búsqueda de los factores comunes continúa hasta ahora. El único factor común que ha sido continuamente señalado es el de la relación terapéutica (Castonguay, Constantino y Grosse, 2006).

A modo de conclusión, podemos señalar las importantes dificultades que conforman el espacio de la investigación de procesos, pero aun así, pensamos que este tipo de investigación es la vía para retomar el antiguo problema de la separación entre investigación y la práctica clínica (Kazdin, 2008; Polman, Bouman, Van Hout, Jong y Boer, 2010) y, por tanto, constituye el mejor camino para aclarar lo que produce el cambio clínico.

## **2. EL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE UNA PERSPECTIVA ANALÍTICO FUNCIONAL**

Ya en 1966, Truax señalaba la existencia de una relación directa entre las conductas del terapeuta y del cliente, explicando la ocurrencia del cambio en virtud de procesos de reforzamiento. En la década de los 80, Day y su grupo iniciaban una línea de investigación que analizaba el comportamiento verbal durante el desarrollo terapéutico. En este momento la modificación de conducta se encontraba en una crisis debido a una rápida expansión de los procedimientos y ámbitos de aplicación y a la inclusión de variables cognitivas en el denominado salto cognitivo (Mahoney, 1974/1983). Sin embargo, no fue hasta los años noventa que investigadores de este grupo aplicaron los principios del conductismo radical al análisis de la conducta clínica, desarrollando dos postulados que proponían el regreso de los fundamentos del

conductismo que se habían dejado a un lado. Gracias a estos postulados, se prestó especial interés a dos aspectos olvidados por la terapia comportamental y que se consideran ahora claves para comprender el proceso de cambio terapéutico (Pérez, 1996a):

- (1) La interacción terapeuta-cliente conceptualizada como un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el terapeuta moldearía gradualmente la conducta del cliente hasta lograr la eliminación del comportamiento desadaptativo y el incremento o aparición de la conducta deseada (por ejemplo, Callaghan, Anugle y Follette, 1996; Rosenfarb, 1992).
- (2) El estudio del lenguaje desde una perspectiva funcional que lo entendería como una conducta verbal y constituiría el contexto en el cual se forman los problemas psicológicos y, por tanto, el elemento central de la terapia, lo cual se centraría en la modificación del contexto lingüístico en el que la conducta desajustada se da, de tal modo que deje de constituir un problema para el cliente (por ejemplo, Hayes y Wilson, 1994; Wilson y Blackledge, 2000; Wilson y Luciano, 2002).

Basándose en estos principios, se desarrollaron las denominadas terapias de tercera generación (Hayes, 2005; Hayes, Wilson, Gilford, Follette y Strosahl, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai et al., 2009), entre las que se destacan la Terapia Analítico Funcional (PAF) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Estas terapias explican el mecanismo de cambio como fruto del reforzamiento contingente y diferencial ante conductas meta del cliente, y señalan que el proceso terapéutico podría resumirse como el desarrollo de una nueva historia de aprendizaje para el cliente, sobre todo en el establecimiento de un repertorio verbal alternativo al presentado al principio de la terapia (Kohlenberg y Tsai, 1995; Strosahl, Hayes, Wilson y Gilford, 2005).

Bajo los mismos supuestos, dentro de España, además de nuestro grupo de investigación (cuyas líneas expondremos en el siguiente apartado), destacan dos grupos de investigación: el grupo de Luciano, que estudia principalmente la conducta verbal dentro del contexto clínico y el aprendizaje por reglas (por ejemplo, Luciano, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2002; Luciano y Hayes, 2001); y el de Valero, que se ha centrado en la investigación sobre la PAF y en el énfasis en las contingencias que

ocurren en el proceso terapéutico, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento (Kohlenberg, et al., 2005; Ferro, Valero y López, 2007).

### **3. RESULTADOS PREVIOS DE NUESTRO GRUPO DE INVESTIGACIÓN**

A modo de conclusión sobre la reseña antes expuesta, podemos señalar que aunque no existe duda sobre los beneficios de la terapia en general, aún quedan muchas cuestiones sin resolver en torno a los procesos que se dan en la clínica y, por ende, sobre lo que provoca el cambio. En este sentido, no sólo para comprender el fenómeno clínico sino, también, para promover formas de intervención más eficientes, iniciamos una línea de investigación de cara a descubrir las variables intervinientes en el cambio terapéutico.

Esta línea de investigación se basa fundamentalmente en los dos aspectos antes señalados: (1) la conceptualización de la interacción terapeuta-cliente como un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el terapeuta moldea gradualmente la conducta del cliente en la situación clínica y (2) el estudio del lenguaje observado en la clínica desde una perspectiva analítico-funcional.

En cuanto a la forma en la que pretendemos realizar este trabajo, pensamos que sólo si se estudia lo que sucede durante las sesiones terapéuticas podemos alcanzar los tres objetivos principales perseguidos por la investigación de procesos: (1) describir cómo se produce la intervención psicológica, (2) formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y el fracaso en terapia, y (3) explicar por qué sucede el cambio clínico (Llewelyn y Hardy, 2001). De tal forma que el estudio exige una metodología rigurosa y precisa que permita una aproximación científica al proceso terapéutico.

En este sentido, dado que nos basamos en una metodología observacional, la herramienta informática *The Observer XT* fue elegida frente a otras herramientas por la precisión en los registros que el programa permite, la posibilidad que ofrece para analizar archivos de video y audio; y por ser, quizá, el programa más completo en cuanto al almacenamiento, manejo y análisis de datos observacionales. Ahora bien, el análisis de la conducta verbal llevado a cabo hasta el momento se ha basado en la Metodología de Reno antes mencionada y ha superado algunas de las dificultades encontradas por el grupo de Day. Para el desarrollo del sistema de categorías nos basamos en las operaciones conductuales básicas de Catania (1992) y Pérez (1996b). El

resultado ha sido un sistema de categorización de las posibles funciones de la conducta verbal del terapeuta: el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta* o *SISC-CVT* (Froján, Montaña y Calero, 2006; Froján et. al., 2008), el cual ha sido eficaz para la clasificación de dicha conducta, alcanzado un nivel de precisión de los observadores elevado según los parámetros propuestos por Bakeman, Quera, McArthur y Robinson (1997), de entre un 81% y un 93%. Gracias a este sistema de categorías se pudo observar que las hipotéticas funciones de la conducta verbal de los psicólogos va cambiando a lo largo de la sesión y esas variaciones no guardan relación con el terapeuta analizado, el cliente considerado o la problemática tratada, sino que el cambio es determinado por el momento o actividad clínicamente relevante que se está llevando a cabo en sesión (evaluar, explicar, entrenar/tratar o intentar consolidar los cambios).

Por otra parte, también se ha realizado una aproximación al estudio de la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva (Calero, 2009; Froján, Calero y Montaña, 2006) con el desarrollo del *Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta para el estudio de la Reestructuración Cognitiva* o *SISC-CVT-RC* y un subsistema correspondiente para la conducta del cliente, el *SISC-CVC-RC*. Los análisis realizados con respecto a las observaciones hechas a través de estos subsistemas permitieron concluir que el debate puede ser definido como un proceso de moldeamiento verbal, mediante el cual el terapeuta discrimina, refuerza o castiga las verbalizaciones del cliente hasta conseguir las verbalizaciones planteadas como meta final (Calero, 2009; Froján y Calero, en prensa).

Recientemente, se han realizado algunas mejoras al *SISC-CVT* (Ruiz-Sancho, 2011) alcanzado un nivel de precisión de los observadores entre un 82% y un 96.5% en la escala antes mencionada. Las categorías definitivas de este sistema se muestran en la tabla I.1 y son de dos tipos: unas categorías evento, de las que sólo se registró su ocurrencia, de manera que se marcaba sólo al principio o al final de la verbalización; y otras categorías estado, de las que se registró el tiempo de duración, por lo que fueron marcadas desde el inicio hasta el final de la verbalización. Las categorías estado son: la función informativa, la función instructora dentro/fuera de sesión y la función motivadora, y son cualitativamente distintas a las categorías evento, pues mientras las categorías estado sólo describen el contenido de la verbalización, las categorías evento están vinculadas a procesos de aprendizaje. Por esta razón, se ha planteado la necesidad de depurarlas a través de un estudio particular de cada una de ellas, marco en el cual se inscribe el trabajo actual.

**Tabla I.1.** Definición de las categorías del sistema SISC-CVT.

Categorías	Definición
<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) <i>Modificadores:</i> 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) <i>Modificadores:</i> Refuerzo conversacional, Bajo, Medio, 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) <i>Modificadores:</i> Castigo Bajo, Medio, 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>Charla</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)

No sólo se realizó un estudio sobre la conducta verbal del terapeuta en general, sino también se realizó un acercamiento a la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico *SISC-CVC*. Tanto los subsistemas como este nuevo sistema de categorías superaron el 80% de nivel de precisión. A través del análisis de las secuencias encontradas según la actividad clínicamente relevante del terapeuta, se pudo observar la influencia recíproca que ejercen el terapeuta y el cliente. Y también fue posible observar el proceso de moldeamiento que dispone el terapeuta hacia las verbalizaciones desadaptativas del cliente, hasta conseguir verbalizaciones cada vez más adaptativas a lo largo del proceso terapéutico.

Muchas cuestiones con respecto al cambio terapéutico se han podido responder gracias a los resultados obtenidos por los estudios mencionados, si bien otras cuestiones aún distan bastante de ser resueltas. Por otra parte, también es necesaria la superación de algunas lagunas dentro del sistema de categorías, como es el ya mencionado caso de las funciones estado. En este sentido, se planteó la necesidad de realizar una depuración más específica sobre este tipo de categorías. En el trabajo que estamos presentando hemos tomado como objetivo la depuración de la categoría Informativa del *SISC-CVT*, en el que proponemos el análisis detallado de esta función. Aunque lo explicaremos con mayor detalle en los próximos capítulos, podemos aclarar el punto principal que nos llevó a tomar el concepto de regla como determinante para la depuración de las verbalizaciones informativas del terapeuta.

El concepto de regla “como una descripción de contingencias” (Skinner, 1969) parecía adecuarse a gran parte de las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como función informativa. De este modo, decidimos depurar esta función mediante la identificación de reglas para poder determinar con mayor precisión el papel que dichas verbalizaciones tienen sobre el cambio terapéutico.

Se podría argumentar que otro tipo de verbalizaciones además de las informativas, también podrían considerarse reglas. Sin embargo, tal como concebimos las reglas, algo que también explicaremos en los próximos capítulos, sólo algunas verbalizaciones adscritas bajo la categoría de función informativa y algunas motivadoras podrían considerarse reglas. Ahora bien, dado que las verbalizaciones clasificadas dentro de la función motivadora están bien delimitadas como una operación de establecimiento, hemos decidido estudiarlas aparte.

En este marco de referencia se inscribe, por tanto, la presente investigación: el estudio de las reglas en terapia que permitiera analizar el papel de este tipo de

verbalizaciones en el cambio terapéutico. Con los resultados de este trabajo creemos que podemos contribuir al esclarecimiento de las variables intervinientes en el cambio clínico y, también, al desarrollo de una mejor práctica clínica.

# CAPÍTULO I

## *CONDUCTA VERBAL Y TERAPIA*

---

Nuestro especial interés en el estudio de la conducta verbal dentro de la clínica obedece principalmente a tres razones: por un lado, porque el problema del cliente sólo se conoce a través de su discurso, el cual hace referencia a lo que ocurre fuera de la sesión y a sus conductas encubiertas relacionadas con su problemática; por otra parte, al no ser posible manipular directamente la acción del cliente, el terapeuta intenta modificar por medio de la interacción verbal lo que dice el cliente que va a hacer para así aumentar la probabilidad de que su conducta extraclínica sea la adecuada y, de este modo, conseguir el cambio terapéutico; y, en última instancia, porque los problemas “hablados” en sesión son conductas clínicamente relevantes y, por tanto, susceptibles de cambio directo.

Desde este punto de vista, parece pertinente la preocupación por entender cómo es posible que el discurso del terapeuta y del cliente puedan ser suficientes para establecer el cambio clínico y trasladar los avances logrados fuera de sesión sin la necesidad de entablar contacto directo con los estímulos causantes del problema. Ante esta cuestión, la perspectiva del conductismo radical ha permitido dar una respuesta. Pero esta respuesta ha requerido un largo proceso evolutivo del estudio de la conducta verbal que ha hecho posible sentar las bases de lo que ahora creemos que constituye la relación terapéutica y el cambio clínico.

Por tanto, para entender cómo se puede explicar el cambio por medio del discurso del terapeuta y del cliente, es necesaria una reseña de lo que ha consistido el estudio de la conducta verbal desde las primeras concepciones de la psicología general.

## 1. INICIOS DEL ESTUDIO DEL LENGUAJE

Muchos teóricos desde diferentes enfoques han hablado del importante papel que tiene el lenguaje sobre nuestra forma de comportarnos y sobre los procesos psicológicos superiores. Sin embargo, concediendo un poder todavía más esencial, se ha propuesto que no existe un medio para el hombre aparte del lenguaje, ya que su medio social es un medio lingüístico (Wittgenstein, 1958), de tal modo que toda conducta humana sería de naturaleza verbal.

Desde la psicología, el lenguaje ha evolucionado hasta imponerse, junto con la cognición, como uno de los temas principales (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001). Esta evolución ha sido fruto de un largo proceso de investigación, partiendo de una etapa temprana, en la que el lenguaje no gozaba de especial importancia y se trataba al hombre como un animal parlante, hasta una nueva etapa en la que se considera la variable verbal como punto clave del desarrollo psicológico.

Sin embargo, el estudio del lenguaje dentro de la Psicología se ha hecho desde una perspectiva mentalista. Desde este punto de vista, las palabras hacen referencia a las ideas, las cuales son productos de la vida mental y se hallan acumuladas en la mente o cerebro, a dónde se puede tener acceso y procesar cuando haga falta, como una especie de ordenador, metáfora arquetípica del enfoque cognitivo.

El mentalismo trabaja bajo una suposición dualista que Ryle (1949) ha denominado “el dogma del fantasma en la máquina”. El problema fundamental de esta perspectiva reside, según Ryle, en su mismo principio, puesto que se incurre en un error categorial: se ha pretendido incluir en una misma categoría lo referente a los procesos superiores y a los procesos físicos que al creerse pertenecientes a la misma categoría, para explicarlos, se toman como contrarios, iniciando la disyunción entre mente y cuerpo.

El origen de esta teoría se remonta al intento por destronar al mecanicismo que optó por presentar la mente como en centro de procesos causales que funcionaba como una máquina. Sin embargo la nueva perspectiva mentalista no abandona la metáfora de la máquina, sino que la sustituye por una perspectiva paramecánica, en dónde la máquina no desaparece, sino que es manejada por un ente “espectral” (Ryle, 1949), que permanece desconocido.

Ya algunos autores, como Turbayne (1974) se han referido a lo perjudicial que pueden ser las explicaciones intuitivas, provenientes de metáforas vagas, como sucede con la metáfora del motor hidráulico para el psicoanálisis, la del ordenador para el cognitivismo o, incluso, la reactividad orgánica para el conductismo. En el caso de la tradición dualista, la metáfora mecanicista del “reloj” fue sólo sustituida por la del hombrecillo dentro de la máquina. Cuando esto sucede, cuando las metáforas vagas son tomadas como teorías, hay una clara muestra de que el científico ha sucumbido ante las dificultades de explicar el fenómeno (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001).

Aunque las primeras ideas sobre el lenguaje desde un punto de vista conductista habían comenzado a surgir en los años treinta, no gozaron de la repercusión mediática de las ideas cognitivistas, que continuaban dominando el desarrollo empírico. Aun así, la investigación del lenguaje desde una perspectiva conductista continuaba su camino basándose en un planteamiento monista que pudiera explicar el lenguaje sin recurrir a constructos mentalistas.

## **2. DESARROLLO EMPÍRICO DEL ESTUDIO DEL LENGUAJE**

El enfoque de Kantor constituyó una de las primeras aproximaciones hacia la comprensión del lenguaje con su libro *An Objective Psychology of Grammar* (1936). A grandes rasgos, Kantor argumentaba que todo comportamiento ocurre en el contexto de un campo altamente complejo, donde todos los elementos del campo se influyen uno a otro, de una manera interdependiente. La característica principal de los ajustes lingüísticos era que las funciones, tanto del estímulo del escucha como de un evento, participaban simultáneamente en la función de respuesta. Sin embargo, no fue hasta muchos años después que su obra se dio a conocer abiertamente y, por otra parte, al ser un enfoque más filosófico, no produjo una fuerte tradición empírica de investigación sobre el lenguaje.

No fue el mismo caso de Skinner, quien al publicar su libro *Verbal Behavior* (1957), gozó de un importante reconocimiento. Y aunque en 1938 había asegurado que el enfoque de las contingencias directas no podía aplicarse al lenguaje, en su nueva obra, rectifica diciendo que sí era posible.

Skinner (1957) definió el lenguaje como un comportamiento verbal por parte del orador que es reforzado a través de la mediación del escucha, quien es entrenado por la comunidad verbal.

La apuesta de Skinner para el estudio del lenguaje parte de la concepción de cinco operantes presentes en la conducta verbal con una propiedad común principal: el hecho de ser descritas por sus efectos. Cada operante es conceptualizada como poseedora, bajo ciertas circunstancias, de una probabilidad de emisión asignable.

Dentro de las unidades de análisis operantes se distinguen dos elementos básicos para explicar todo el comportamiento humano: el Mando (operante verbal controlada por privación o estimulación aversiva) y el Tacto (operante verbal controlada por estímulos no verbales). Las otras unidades de análisis de la conducta verbal, controladas por estímulos verbales, son: las conductas ecoicas (“conducta verbal que está bajo el control de estímulos verbales y la respuesta genera un patrón de sonido similar al del estímulo”), las textuales (“una respuesta vocal (que) está bajo el control de un estímulo verbal no-auditivo”) y las intraverbales (“respuestas verbales que... no guardan correspondencia punto a punto con los estímulos verbales ‘que las evocan’”). Este trabajo ofreció un enfoque conductual del lenguaje; sin embargo, la definición de Skinner sobre la conducta verbal no tomaba en cuenta la conducta del escucha (Hayes, 1986; Parrot, 1987; Schlinger, 1990; Ribes, 1990a; Vaughan, 1987). De esta forma, la definición no está en torno a la historia del organismo de interés (el escucha), sino a la historia de otro organismo. Por otra parte, se trataba de un trabajo teórico sin apoyo de datos empíricos y se basaba exclusivamente en la operante para explicar las funciones de la conducta verbal (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001). Otra hipótesis sobre las razones por las que la investigación empírica basada en la conceptualización de Skinner falló se debió a que dicha investigación no puede producir resultados diferentes a los encontrados en los estudios operantes típicos llevados a cabo con sujetos no humanos (Micheal, 1984).

Aunque la taxonomía hecha por Skinner no pudo desencadenar una tradición empírica importante, sus escritos fueron el antecedente para posteriores enfoques como los de Salzinger. En los últimos años cincuenta y durante los sesenta, Salzinger dirigió una serie de análisis experimentales de la conducta verbal. En su conjunto, estas investigaciones mostraron que las formas de las respuestas verbales podían enseñarse y ser estudiadas como conductas operantes. No eran solo intentos interpretativos, como los de Skinner, sino también eran hechos experimentales. Desafortunadamente, con el

propósito de hacer posible su análisis experimental, sólo se tomaron formas topográficas de conducta verbal, lo que alejó mucho de lo valioso de un enfoque funcional (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001).

Otro enfoque emergente en los años ochenta, fue el de la “Metodología de Reno” de Willard Day que consistía en un análisis conductual exhaustivo de diversos episodios de lenguaje provenientes, en general, de transcripciones de sesiones de psicoterapia o de entrevistas, considerando estas expresiones como entidades operantes o respondientes. La principal aportación fue destacar la importancia de controlar la relación entre la conducta verbal y el contexto en el cual ocurre. Sin embargo, el problema de este enfoque fue que presentaba problemas relacionadas con lo costoso de su realización, lo complicado de la comparación de los resultados entre sí y las dificultades para asegurar una adecuada concordancia interjueces (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001).

Aunque estos diferentes enfoques aportaron importantes perspectivas para el análisis del lenguaje, no lograron prosperar empíricamente. Según Hayes, Zettle y Rosenfarb (1989), el causante de la verdadera propulsión de la investigación empírica del lenguaje fue la delimitación de la “conducta gobernada por reglas” hecha por Skinner en 1969. Se trataba de una conducta adquirida a través de una descripción de contingencias, supuestamente diferente a una conducta moldeada a través de contingencias directas. Con esta diferencia conceptual, comenzaría una nueva línea de investigación tan prolífica como polémica, la cual explicaremos con detalle en el siguiente capítulo.

### **3. SOBRE LA REFERENCIALIDAD DEL LENGUAJE**

Además de propulsar la investigación empírica, el nuevo término de conducta gobernada por reglas aludía a una característica primordial del lenguaje: su referencialidad, que es la capacidad del lenguaje para referirse a eventos que no están presentes: en tanto que descripción de contingencias, la conducta gobernada por reglas podía establecerse sin necesidad de interactuar con las contingencias directas. Aunque no era en realidad la primera vez que se hablaba sobre esta característica, pues ya había sido aludida por Kantor (1979) al destacar que independientemente del referente en cada

acto lingüístico, el elemento con el que se interactúa durante el mismo, es el habla y no el evento sustituido (Varela, 2008).

A partir de la consideración de esta característica del lenguaje, se desarrollaron distintas teorías sobre su adquisición.

Una de las posturas teóricas sostiene que los procesos operantes son el factor decisivo en el desarrollo del simbolismo del lenguaje. En esta propuesta se enmarca los estudios sobre “equivalencia de estímulos”, línea de investigación que surgió con el propósito de averiguar cómo ocurre el proceso a través del cual los estímulos verbales controlan el comportamiento.

Sidman (1986) llevó a cabo el primer experimento sobre equivalencia de estímulos en el análisis de la conducta con la intención de encontrar métodos más efectivos para enseñar la comprensión lectora. Con una terminología propia de la teoría de conjuntos y utilizando tareas de igualación a la muestra realizó los primeros trabajos experimentales para estudiar la denominada “equivalencia de estímulos”.

En términos muy generales, la investigación sobre equivalencia de estímulos supone enseñar a los sujetos a igualar un estímulo de comparación a un estímulo de muestra. Un estímulo es equivalente a otro si tres relaciones pueden mostrarse: reflexividad, simetría y transitividad (Sidman y Tailby, 1982). La reflexividad es el emparejamiento por identidad: si A es el estímulo muestra, el sujeto debe escoger, dentro los estímulos comparativos, el estímulo A. La simetría se refiere a la reversibilidad funcional de las discriminaciones condicionales: el estímulo A debe ser igualado a B y luego B debe ser igualado a A ( $A=B$ ). Como transitividad se entendería la combinación de relaciones: se debe igualar A a B; después, B a C y, como un resultado, sin previo entrenamiento, se debe ser capaz de igualar A a C. La clase de estímulos con estas propiedades se llaman clases de equivalencia. Las relaciones no entrenadas son llamadas generalmente relaciones estimulares derivadas.

La idea central es que las relaciones de equivalencia entre una palabra y su referente forman la base del comportamiento simbólico implicado en el lenguaje, entendiendo que dos variables son funcionalmente equivalentes si tienen el mismo efecto sobre la conducta.

La principal razón de la popularidad de estos estudios está en que la equivalencia de estímulos tiene relevancia obvia para el lenguaje humano. En particular, parecería haber gran semejanza entre ejecuciones equivalentes y el tipo de bidireccionalidad que

pareciera caracterizar las relaciones palabra-referente, lo que sugiere un modelo nuevo para entender las relaciones semánticas (Sidman y Tailby, 1982).

Barnes-Holmes, Hayes y Roche (2001) critican los estudios de Sidman argumentando que la formación de relaciones de equivalencia se puede explicar desde un enfoque operante, llamado post-skinneriano y proponen la teoría del marco relacional (RFT; Hayes et al., 2001) como la manera más apropiada para explicar el lenguaje. La idea central de esta teoría es que las relaciones estimulares derivadas, las cuales se refieren a las relaciones no entrenadas directamente entre estímulos, son un comportamiento aprendido, operantes generalizadas aplicables arbitrariamente. Los tipos específicos de respuestas relacionales aplicables arbitrariamente se denominan marcos relacionales. Estos marcos relacionales pueden ser de muchas formas, ya que los estímulos se relacionan con otros de formas muy diversas. Los seguidores de esta corriente sostienen que las relaciones estimulares derivadas constituyen el centro del comportamiento verbal.

A pesar de ser una línea muy apoyada, ha sido también bastante criticada. Quizá, las críticas más duras hayan sido expuestas por Tonneau (2004b), que rechazó la existencia de las respuestas relacionales y afirmó que se postulan procesos internos. Posteriormente, Tonneau demuestra que se puede dar transformación de funciones en humanos sin necesidad de utilizar reforzamiento y que sería explicable por condicionamiento pavloviano (Tonneau, Arreola y Martínez, 2006). Es decir, que los supuestos resultados que presentan esta equivalencia se pueden lograr y se explican mejor por medio del emparejamiento directo o indirecto, los únicos casos de transferencia de funciones comprobados. Así, este autor opina que los procesos pavlovianos son el factor decisivo en la adquisición del significado del comportamiento verbal (Tonneau, 2004; Tonneau, Arreola y Martínez, 2006). En cuanto al criterio según el cual es necesaria la simetría y reflexividad para que ocurra la transferencia de funciones, Tonneau añade que dicha transferencia de funciones no implica lo que Sidman y otros contemplan como tal. Como argumento, el autor cita estudios que demuestran que la simetría es muy difícil en organismos no humanos, otros en los que se logra transitividad en monos sin lograrse la simetría y, por último, estudios que demuestran que la reflexividad se logra incluso antes de comenzar el experimento. En conclusión, Tonneau considera que se ha desdibujado la cuestión más básica que trata sobre la importancia de estudiar estas propiedades para conocer más sobre el comportamiento simbólico, ya que no hay relación lógica entre los métodos y los datos

de su estudio y su intención por comprender la conducta simbólica. Al respecto, Tonneau sostiene que reducir el comportamiento simbólico a la equivalencia funcional es un error, lo cual no significa que la equivalencia funcional no tenga un lugar importante en el desarrollo del comportamiento simbólico. De hecho, señala que la equivalencia funcional es un requisito para el comportamiento simbólico, que requiere la transferencia de funciones del objeto referente a la palabra. Pero dicha transferencia puede explicarse por condicionamiento pavloviano, lo cual daría cuenta de la relación ambiental entre la palabra y su referente real. También asegura que Sidman, al aplicar las matemáticas al estímulo de igualación a la muestra, en lugar de proponer algo a la Psicología, sólo crea confusión.

Por último, se encuentra la corriente que da importancia a ambos paradigmas para explicar la adquisición del lenguaje (Staats, 1967/1983). Staats propone que el condicionamiento clásico de primer y segundo orden es capaz de explicar que los contenidos emocionales se encuentran ligados a palabras y que el significado de las palabras también se aprende por condicionamiento clásico. Esto sucede cuando se asocia una palabra con estímulos sensoriales que provocan respuestas sensoriales y, de este modo, las palabras provocan respuestas sensoriales condicionadas.

Aunque no hay acuerdo sobre cuál de estas distintas perspectivas es la correcta, el valor referencial del lenguaje, en sí, resulta muy importante para nuestra investigación, ya que esta cualidad del lenguaje puede ayudarnos a entender cómo es posible interactuar con eventos no presentes y eventos privados. Algo que dentro de la clínica tiene un peso fundamental, ya que la mayor parte del tratamiento se realiza a través del discurso del cliente y no de la manipulación directa del problema.

Esta necesidad de recurrir al informe verbal del cliente para conocer los elementos de su vida privada que pudieran ser relevantes para la terapia, nos obliga a prestar especial atención a un aspecto particular de la referencialidad del lenguaje: la explicación de cómo las personas aprenden a dar cuenta de sus eventos personales.

Sobre esta cuestión, la idea del conductismo radical para entender el desarrollo y propiedades funcionales de las emociones (Pérez, 2004; Skinner, 1957) puede ser una clave. Desde esta postura, no nos referimos a nuestros sentimientos porque los sentimos, sino que los experimentamos porque los nombramos. Debido a la observación de las reacciones públicas que acompaña tanto a la sensación propioceptiva como a la respuesta asociada, nombramos una emoción. Dicho proceso ayuda a

identificar y discriminar las emociones y a responder a la pregunta ¿Cómo te sientes? Lo que ocasionará una respuesta reforzada socialmente.

Además, existe otra consideración sobre cómo acceder a los eventos privados del cliente. Este argumento alude a la correspondencia *decir-hacer-decir*; esto es, entre lo que el cliente dice que hará, lo que hace y lo que dice que ha hecho (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). En esta área, los trabajos se han centrado en la manera de crear, mantener y generalizar esa correspondencia en niños, especialmente con algún problema de retraso en el desarrollo (Luciano, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2002; Luciano, Herruzo y Barnes-Holmes, 2001). Las conclusiones de estos trabajos destacan la importancia de las contingencias verbales en la creación de las correspondencias, que son capaces de modificar otras conductas, tanto que algunos autores se han aventurado a afirmar que sería más fácil cambiar el comportamiento humano moldeando lo que se dice sobre lo que se hace que moldeando directamente lo que se hace (Catania, 1998). Un argumento distinto, pero relacionado con dar una explicación de cómo es posible acceder al problema del cliente mediante su propio discurso, es ofrecida por Ryle (1949). Este autor señala que el análisis retrospectivo de lo que nos acaece es autobiográfico, pero no implica un acceso privilegiado a eventos de naturaleza especial, sino que ofrece un conjunto de datos que contribuyen a que podamos valorar nuestra propia conducta y cualidades psicológicas. Lo que puedo conocer de mí mismo es similar a lo que puedo descubrir en los demás, porque el método para hacerlo es el mismo: un proceso de inferencia. Es decir, según Ryle es posible conocer la conducta encubierta del otro, en este caso del cliente, mediante su discurso, a través del proceso de inferencia que toda persona utiliza para valorar su propia conducta y cualidades psicológicas.

#### **4. EL LENGUAJE DENTRO DE LA CLÍNICA COMO CONDUCTA CLÍNICAMENTE RELEVANTE**

Después de una generación en la historia de la terapia de conducta caracterizada por tres aspectos: (1) haber caído en una excesiva cognitivación de la terapia, (2) no considerar la relación terapéutica como un contexto social natural en el que se presentan los problemas psicológicos y (3) no entender en términos conductuales el lenguaje, surge una nueva generación encaminada a superar estas limitaciones (Pérez, 1996b). La nueva generación de terapia, emergente en los años noventa, estaba conformada, entre otros, por

la Psicoterapia Analítico Funcional o PAF (Kohlenberg y Tsai, 2008) y la Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT (Hayes, 1987; Hayes y Wilson, 1994; Wilson y Luciano, 2002). Estas nuevas terapias se asientan en dos supuestos principales que caracterizaron este panorama renovado de conducta: (1) la consideración de la conducta del cliente como clínicamente relevante; y, (2) la consideración de que los problemas psicológicos pueden aparecer en el contexto clínico y el terapeuta puede observarlos, modificarlos y promover la generalización de esos cambios a su entorno natural (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993).

Para entender por qué estos autores consideran el lenguaje del cliente como una conducta clínicamente relevante es necesario entender, primero, por qué desde la perspectiva de la tradición conductual tanto el lenguaje como el pensamiento del cliente son considerados una conducta.

En muchas ocasiones, algunos pensamientos o estados disposicionales son elementos de control de ciertas actuaciones y, en ese caso, dan la apariencia de causas del comportamiento, cuando no es así. Por ejemplo, una persona puede pensar que la causa de “no salir de casa” es “su tristeza”. En realidad, no son causas, sino correlaciones “decir-hacer” (Luciano, 1993), cuya función es necesario analizar. Cuando esta diferencia se interpreta erróneamente, se establece la falsa dicotomía entre “conducta” y “procesos mentales” y se consideran como causas de la conducta (Freixa, 2003). Kohlenberg y Tsai (2001) añaden que no es correcto entender de antemano que los pensamientos son las causas por defecto de otro tipo de conductas, tal como se asume desde el enfoque cognitivo, porque lo realmente importante es estudiar de manera individualizada cada caso para encontrar las relaciones entre la conducta y el ambiente y, así, determinar la función del pensamiento, si es que éste formara parte del problema del cliente. De esta forma, los eventos privados, desarrollados a través de la conducta verbal y mantenidos por los indicios contextuales, no son la causa de la conducta manifiesta (Skinner, 1957).

La prueba de no provenir de distintas naturalezas se hace evidente a través de un sencillo análisis etimológico de los términos utilizados para designar los procesos mentales, ya que éstos términos provienen de una raíz latina que manifiesta su original carácter manipulativo, del cual se fue desprendiendo hasta convertirse en elementos privados, como sucede, por ejemplo, con el término “calcular”, el cual procede del latín “calcularre” que significa manipular guijarros en el sentido de contarlos; o, con el de

“pensar”, el cual procede del latín “pensare” que significa acción manual de comparar y sopesar (Freixa, 2003).

Desde un punto de vista evolutivo, también se observa esta raíz manipulativa del lenguaje. Ryle (1949) señala que “tener reserva respecto de lo que pensamos es un proceso muy elaborado”, un paso evolutivo más que el habla espontánea; es decir, que el hablar espontáneo nos es natural y, posteriormente, encontramos el modo de reservar nuestras palabras, de la misma manera que el hablarse uno mismo tiene como requisito previo haber aprendido a hablar en voz alta con los demás. A esto se debe la dificultad de los niños para dejar de leer en voz alta y hacerlo en silencio. En esta misma línea, Kantor propone que pensar implica un proceso de silenciación, no de interiorización del lenguaje, en el que el hablante y el escucha son la misma persona y lo que se dice no es el efecto de lo que se ha pensado, sino que ambas cosas son habla con la peculiaridad de que una se presenta en voz alta y otra en silencio (Varela, 2008). Decir es un hacer con palabras (Pérez, 2004), esto quiere decir que es una conducta operante que utiliza signos socialmente compartidos para entablar un contacto efectivo con las personas y las cosas.

En este sentido, las conductas relacionadas a los eventos privados, tales como decir, pensar, imaginar, emocionarse o recordar, no se diferencian en su naturaleza, sino en el grado en el que son accesibles para un observador externo; es decir, que el pensamiento como forma de conducta verbal auto-dirigida o habla interna, únicamente se diferencia de las demás conductas observables en que al ser encubierta, sólo se puede conocer a través del autoinforme de la persona pensante (Pérez, 2004). Sin olvidar que también los eventos privados como los pensamientos, son observados por alguien, por el propio individuo y por tanto, tales eventos han de ser considerados conducta, lo cual excluye explícitamente a estructuras cognitivas y demás constructos hipotéticos que no pueden ser observados (Zettle, 1990).

Dado que la naturaleza y el estatus de las cogniciones y de la conducta manifiesta son iguales, el cambio cognitivo no implica mecanismos de aprendizaje distintos a los que subyacen a la modificación de otros comportamientos; es decir, que se mantiene y se modifica por los principios derivados del condicionamiento clásico y operante (Skinner, 1957; Staats, 1967/1983).

Por otra parte, tal como se señala en el apartado anterior, es posible interactuar con el problema psicológico porque, además de la correspondencia decir-hacer-decir, la conducta del cliente en sesión es una actualización de la historia del sujeto y, por tanto, de su problema. Desde la perspectiva conductual, la unidad de análisis es la acción en su

totalidad: los actos, los contextos y las características de la acción (Hayes, 1987; Hayes, Follete y Follete, 1995). En la conducta verbal, el presente interactúa con el pasado y con el futuro, lo que permite, según Guifford y Hayes (1999), introducir dimensiones funcionales no presentes en la situación (“predecir” el futuro y “revivir” el pasado). El antes y el después verbal son convencionales y permiten construir futuros que nunca han sido vividos, pero que no se analizan como sucesos hipotéticos sino como reales en la medida en que la conducta verbal es real y presente. Se trata de la aceptación de que las causas de los actos psicológicos, públicos o privados, están en el contexto personal histórico que es constantemente actualizado en las interacciones presentes. Así, al aparecer los problemas psicológicos en el contexto clínico, el terapeuta puede observarlos, modificarlos y promover la generalización de esos cambios a su entorno natural (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993).

En este punto, el papel de las reglas tiene un lugar protagonista para explicar cómo se logra la generalización del cambio al entorno natural. Durante el proceso terapéutico se daría lugar al aprendizaje de nuevas reglas más adaptativas, sustituyendo a las menos adaptativas (Froján, Calero y Montaña, 2006; Poppen, 1989). Es por esto que las terapias pertenecientes al panorama renovado de conducta conceden un lugar muy especial a las reglas dentro de la terapia.

Teniendo en cuenta estos supuestos, el lenguaje del cliente dentro de la sesión clínica se considera una conducta clínicamente relevante porque es muestra del problema del cliente y también porque constituye una herramienta para el cambio.

## 5. SUPUESTOS BÁSICOS DE LA ACTUAL INVESTIGACIÓN

Podemos resumir las ideas anteriores en tres aspectos que fundamentan nuestra investigación:

- (1) Es posible acceder a la problemática del cliente y a sus eventos privados porque existe una relación entre el *decir-hacer-decir* del cliente y porque, al hablar, el problema aparece en el contexto clínico, de tal forma que el terapeuta puede observar y modificar directamente la conducta del cliente.
- (2) El lenguaje del cliente constituye una conducta clínicamente relevante por ser una muestra del problema y por ser una herramienta para el cambio.

- (3) El cambio de la conducta del cliente está relacionado con el cambio y adquisición de reglas cada vez más adaptativas.

Ya que nos hemos aventurado en el estudio empírico de cómo es el proceso de cambio clínico, es importante atender a todas las variables que puedan intervenir en el mismo.

Dado el importante papel que teóricamente representan las reglas, hemos decidido estudiarlas y delimitar su importancia para el cambio. Estudio que no puede iniciar sin antes hacer una exploración teórica sobre el papel que han representado las reglas a largo del estudio de la conducta y, en especial, dentro del estudio del campo clínico.



## CAPÍTULO II

### *HACIA UNA DEFINICIÓN DE REGLA*

---

Al acercarnos al estudio de las reglas, se hace cada vez más evidente una paradoja que subyace en su fondo. A priori, atendiendo al gran número de estudios que destacan el importante papel de las reglas en el análisis de la conducta, resulta fácil pensar que se trata de un concepto bien delimitado cuyo papel es cada vez más claro. Sin embargo, en cuanto nos adentramos un poco más en este terreno nos damos cuenta de que el concepto de regla está aún lejos de estar bien delimitado y que, incluso, hay quienes lo señalan como un concepto inservible. Entonces, su papel ya no se percibe tan claro.

La confusión conceptual entre el término de regla y de instrucción ha dominado el estudio de las reglas, hasta que a finales de los años ochenta surgieron nuevos planteamientos que indicaron diferencias sustanciales entre ambos conceptos.

Una primera diferencia, señalada por Cerutti (1989), sostiene que el término de regla sugiere control de una gran variedad de circunstancias mientras que el de instrucción sugiere límites situacionales. De acuerdo con esta idea, Ribes, Moreno y Martínez (1998) advierten que, por definición y debido a su carácter general, las reglas describen una generalidad o regularidad y su seguimiento supone una habilidad para responder apropiadamente a clases de estímulo compartiendo propiedades comunes, mientras que una instrucción está restringida por la especificidad de una situación. Pero además, una regla no implica la conducta de “seguir” instrucciones o, dicho de otro modo, de ajustarse a las contingencias descritas, sino que comprende la conducta en la cual el individuo puede describir las contingencias en las cuales se condujo, lo que lleva al sujeto a poder anticiparse a contingencias no presentes (Ribes, 1990). En este sentido, si se le dice a un niño “no comas dulces porque se te picarán los dientes” y el niño no come dulces porque teme la regañina inmediata de sus padres, no sería una

regla; sin embargo, si el niño, sin que haya regañina, no come los dulces porque teme que le provoquen caries, entonces sí sería una regla.

Posteriormente, Ribes (2000) y Martínez y Tamayo (2005) agregan a estas diferencias otra más: una regla se refiere a las contingencias descritas que se formulan a través de la experiencia mientras que una instrucción, a las contingencias que se formulan sin experiencia. De esta perspectiva, algunas verbalizaciones que podrían considerarse reglas para quien las formula, no implica que sean reglas para el escucha. De hecho, Martínez y Tamayo (2005) apoyan la idea de Cerutti (1989), según la cual, el control instruccional es un prerequisite complejo de la llamada conducta gobernada por reglas. Siguiendo este argumento, una instrucción que el terapeuta da al cliente, posteriormente, se puede convertir en una regla para el cliente si éste es capaz de formular las contingencias por las que se condujo o se conducirá, destacando las relaciones generales de estas contingencias. Además, los autores señalan que el estudio de los procesos interactivos en la historia del sujeto puede llevar a un mejor entendimiento sobre cómo ocurre la transición de una instrucción a una regla.

Atendiendo a estos argumentos, hemos decidido diferenciar entre aquello que comprende el término de regla y aquello que comprende el de instrucción. Pero sobre todo, atendemos a esta diferencia porque consideramos que partiendo de esta distinción, es posible una delimitación más precisa del concepto de regla.

Siguiendo en esta línea, a continuación exponemos el camino que nos llevó a plantearnos un concepto de regla que no se confunda con la definición de instrucción, no sin antes hacer un breve recorrido sobre lo que se ha hecho dentro del estudio de las reglas.

## **1. EL CONCEPTO DE SKINNER**

A principios del siglo XX, Russell (1912/1961) ya había hablado de una diferencia entre el “conocimiento por familiaridad o directo” y un “conocimiento por descripción”. Russell pensó que sólo era posible el conocimiento “por familiaridad”, mediante "datos sensoriales", es decir, a través de las percepciones momentáneas de colores, sonidos y estímulos similares. De este modo, todo lo demás, incluyendo los objetos físicos que esas percepciones sensoriales representan, sólo pueden ser inferidos o razonados, es decir, conocidos “por descripción” y no directamente.

Otro antecedente de esta diferencia es el “saber qué” y el “saber cómo” de Ryle (1949). El “saber cómo” o “saber hacer” se refiere a la habilidad, capacidad, competencia y facultad de una persona en saber y actuar, una especie de saber tácito. En cambio, el “saber qué” no es una habilidad, es más bien una relación entre un pensador y una proposición verdadera.

Fue más de una década después, en 1957, cuando el propio Skinner hace referencia al efecto diferente que produce la descripción de una contingencia y el ser expuesto directamente a ella. Sin embargo, no es hasta 1969 cuando Skinner formula el término de regla como un “estímulo especificador de contingencias” y propone distinguir entre dos tipos de conducta operante: una, conducta directamente moldeada por las contingencias y, otra, alterada por una descripción de contingencias. A partir de esta distinción, se inicia una nueva línea de estudio en el análisis de la conducta que hace frente a las explicaciones mentalistas que gozaban de gran popularidad.

### **1.1 Críticas al concepto de Skinner**

La definición de regla desarrollada por Skinner, aunque apoyada por otros investigadores (por ejemplo, Goldiamond, 1966; Poppen, 1989), fue duramente criticada.

Una regla es considerada por Skinner como un estímulo discriminativo, ya que se trata de un antecedente correlacionado con la disponibilidad de reforzamiento. Desde esta perspectiva, una regla difiere de un simple estímulo discriminativo en que es una declaración de una relación de contingencia entre la conducta y el ambiente. Esto significa que una regla, a diferencia de una señal arbitraria que requiere entrenamiento específico para discriminar, emplea estímulos verbales para establecer una conducta (Poppen, 1989).

La crítica principal apunta a esta consideración de regla como un estímulo discriminativo (Cerutti, 1989; Hayes, Blackledge, y Barnes-Holmes, 2001; Parrot, 1987; Ribes, 1990; Schlinger, 1990; Vaughan, 1987; Zettle y Hayes, 1982). Dicha crítica defiende que una regla no es un estímulo discriminativo porque, por una parte, los efectos de la conducta gobernada por reglas no se ven inmediatamente y en presencia de otros estímulos especificados por la regla, por lo que no se evoca una conducta y, por otra parte, porque la respuesta no cumple con la historia de reforzamiento diferencial (Schlinger, 1993). Vaughan (1989) agrega que si consideramos una regla como un

estímulo discriminativo, los diferentes tipos de conducta verbal como los ecoicos o los intraverbales, que son definidos como una conducta bajo el control de un estímulo verbal, se les consideraría como gobernados por reglas cuando todo analista conductual estaría de acuerdo en que no lo son. En este sentido, en lugar de considerar que una regla funciona solamente como un estímulo discriminativo, algunos investigadores señalan otras funciones de las reglas, como reforzadores (Glenn, 1987), en tanto que otros investigadores consideran que una regla funciona como una operación de establecimiento (Mallott, 1989) o proponen que las reglas tendrían la capacidad de alterar funciones respondientes y operantes de estímulos que describen (Pérez, 1996a; Poling y LeSage, 1992; Schlinger y Blakely, 1987; Vaughan, 1987). Además, se señala que el hecho de que una conducta esté controlada por una regla no asegura que la conducta no esté bajo el control de las consecuencias, como sucede si la madre le dice al niño "tómame la sopa y te doy postre", porque en la conducta de tomarse la sopa no está claro si la consecuencia, el postre, está ejerciendo control sobre la conducta (Ribes, 1990).

Por otra parte, se critica que Skinner no realizó una definición clara de lo que significa "especificar", puesto que si un estímulo discriminativo especifica una contingencia, entonces el comportamiento gobernado por reglas no se diferencia de ninguna manera del comportamiento moldeado por contingencias. Sin embargo, las reglas no parecen cumplir las características definicionales de los estímulos discriminativos. De tal modo, no se debe clasificar los estímulos como discriminativos sólo porque preceden a la conducta y parezcan estar funcionalmente relacionados con ella (Schlinger, 1993).

En relación a esta crítica, se ha sugerido que al considerar la conducta del escucha como no verbal, Skinner ignora el análisis conductual del escucha (Hayes, 1986; Parrot, 1987; Schlinger, 1990; Ribes, 1990; Vaughan, 1987), dando lugar a un problema de orden conceptual (Hayes, Blackledge, y Barnes-Holmes, 2001). Skinner propuso dar una definición funcional del comportamiento verbal, pero la definición está, no en torno a la historia del organismo de interés, sino en la historia de otro organismo. Excepto en este campo, las definiciones funcionales están en términos de la historia del organismo individual y las circunstancias contextuales presentes. De hecho, Parrot (1987) considera que la gobernancia por reglas es la conducta de ese otro, del escucha.

Posteriormente, Skinner (manuscrito no publicado, citado por Hayes y Hayes, 1989) re-define la conducta gobernada por reglas como una conducta controlada por

estímulos verbales. Pero Hayes y Hayes (1989) vuelven a encontrar problemas en esta definición, a la que califican de solución superficial. Estos autores señalan que Skinner no está calificando un estímulo verbal como producto de la conducta verbal, sino que lo considera como verbal por virtud de su fuente, lo cual conlleva a absurdas conclusiones, como lo demuestran en el siguiente ejemplo: en un primer caso, supongamos que un perro responde correctamente a “ve por mis zapatillas”; en un segundo caso, después de escuchar el coche del dueño, el perro va por las zapatillas. Según esta última definición el primer caso correspondería a una conducta gobernada por reglas y la segunda, a una conducta moldeada por contingencias, lo cual es absurdo.

## 1.2 Aportaciones definatorias

Con el fin de solucionar algunos de los problemas que Skinner dejaba sin solución, surgen diferentes propuestas definatorias sobre lo que debería comprender el concepto de “regla”. Estas aportaciones discuten si una nueva definición debe hacerse atendiendo a su funcionalidad o atendiendo a sus cualidades formales.

Los autores que no están de acuerdo en considerar una regla como un simple estímulo discriminativo, proponen una nueva distinción entre lo que se debería considerar una regla y lo que es un estímulo discriminativo. Cerutti (1989) fue el primero en observar una distinta funcionalidad entre aquellos estímulos que tienen una única función discriminativa y otros que alteran la función. Este autor advierte el problema que supone considerar las reglas como estímulo discriminativo con un ejemplo: si se le dice a un sujeto que pise el freno y pare cuando haya luces rojas; pasado un tiempo, el sujeto se ha detenido ante la luz roja. El autor pregunta ¿qué es lo que ha ocasionado esa conducta? ¿El anuncio de pisar el freno o la luz roja? Cerutti explica que el anuncio ha alterado de algún modo la función futura de la luz roja para evocar la conducta de pisar el freno, del mismo modo que diferencialmente el reforzamiento se da sólo en presencia de la luz roja. Cerutti (1989) interpreta este efecto en el contexto de la teoría de discriminación y lo llama “discriminación instruccional”. Tomando en cuenta esta distinción, Vaughan (1987) incorpora esta diferencia en el desarrollo de una nueva definición. Esta autora considera que si la conducta gobernada por reglas es un término técnico, entonces es necesaria una definición funcional. Así, define la regla como un estímulo de relación alterador de funciones.

Otra propuesta de definición funcional, es llevada a cabo por Hayes y su grupo, que destacan que el concepto de un estímulo verbal sólo toma sentido si está entablando un particular tipo de función de estímulo; es decir, si hay funciones verbales de estímulo y el escucha como escucha está comportándose verbalmente (Hayes y Hayes, 1989). Hayes (1986) defiende que el proceso de conducta que está bajo el concepto de regla, por su naturaleza, requiere un término técnico y define la conducta gobernada por reglas como la conducta controlada por un antecedente verbal (Zettle y Hayes, 1982), ya que dicha conducta está en contacto con dos grupos de contingencias, uno incluye contingencias directas, mientras que otro, un antecedente verbal. Gracias a esta definición, según los autores, la literatura de la conducta gobernada por reglas comienza a dar respuestas a lo que significa especificar algo, lo que el estudio de Skinner dejaba de lado.

La teoría del marco relacional también define la regla desde una perspectiva funcional, otorgándole un lugar privilegiado. Para los seguidores de esta teoría, las reglas son ejemplos de redes relacionales y transformaciones de función que son más o menos complejas (Barnes-Holmes, O'Hara, Roche, Hayes, Bisset y Lyddy, 2001). De esta perspectiva, las reglas alteran la conducta a través de una transformación de funciones que resulta del contacto con los elementos incluidos en la regla. Estos autores sostienen que las reglas enunciadas no son, necesariamente, las reglas “contactadas” (que se ha establecido contacto con los elementos de la regla); sólo una regla que se ha entendido es una regla “contactada”. Lo que es contactado es el resultado de la historia particular directa y derivada del individuo que da una función a las circunstancias presentes (Törneke, Luciano y Sonsoles, 2008).

Otros teóricos proponen una definición que toma en cuenta la conducta del escucha, pero no le otorgan una primacía sobre la conducta del hablante. Se trata de Chase y Danforth (1991), quienes definen la conducta gobernada por reglas como una relación entre la actividad del escucha y la conducta verbal del hablante en la cual es especificada una relación entre dos o más eventos.

Lo importante de las definiciones funcionales es que destacan que (1) una regla no es solamente un simple estímulo discriminativo (Cerutti, 1989; Parrot, 1987; Zettle y Hayes, 1982; Ribes, 1990; Schlinger, 1990; Vaughan, 1987), porque, al contrario de un estímulo discriminativo, los efectos de la conducta gobernada por reglas no se ven inmediatamente y en presencia de otros estímulos especificados por la regla y la respuesta no cumple con la historia de reforzamiento diferencial (Schlinger, 1993) y,

que (2) la falta de consideración sobre la conducta del escucha (Hayes, 1986; Parrot, 1987; Schlinger, 1990; Ribes, 1990; Vaughan, 1987) ocasiona que se pierda la parte funcional del concepto de “estímulo verbal”. Los defensores de esta definición advierten que no se puede hablar de regla si no funciona verbalmente, es decir, si no funciona con respecto a un escucha.

Quienes defienden una definición formal están en desacuerdo con la definición de regla como una conducta bajo el control de antecedentes verbales. Uno de los argumentos en contra señala que la definición funcional es demasiado amplia (Glenn, 1989), puesto que incluye todas las respuestas intraverbales, textuales y autoclíticas, las cuales serían excluidas por la mayoría de los analistas conductuales.

Otro argumento en contra critica la consideración de las reglas como un término relacional, es decir, como un reforzamiento y estímulo discriminativo, tal como, según Glenn (1989), lo entiende Catania. Para los defensores de una definición formal como Glenn, esto significa que algunos estímulos verbales pueden ser identificados como una regla sólo si algunas conductas pueden ser identificadas como siendo gobernada por ella. Siguiendo esta definición, las reglas de clase de un profesor escritas en el pizarrón, no son reglas, a menos que los niños las obedezcan, lo cual califica de absurdo. Un experimentador, añade Glenn, debe ser capaz de identificar si un estímulo verbal es una regla, aunque éste sea o no, un estímulo discriminativo. En otras palabras, que las reglas deben ser identificadas independientemente de la conducta que controlan.

Sin embargo, Catania (1989) piensa que al considerar que las reglas deben ser identificadas independientemente de la conducta que controlan, se está considerando que las reglas deben ser identificadas como reglas antes de que su función en relaciones conductuales dadas sea establecida. Y que aceptar esto es negar todos hallazgos sobre contingencias de reforzamiento, ya que los refuerzos son identificados en primer lugar por sus efectos en la conducta. Tampoco está de acuerdo con que se afirme que las propiedades de estímulo sean objetivas, porque los orígenes del estímulo pueden estar, pero no necesariamente, correlacionados con sus propiedades físicas; razón por la cual, en ocasiones, los organismos fallan al discriminar entre los orígenes de un estímulo. Por tanto, no es necesario especificar dimensiones físicas medibles del estímulo controlador antes de poder hablar de control de estímulos. Del mismo modo que no se nombra “estímulo discriminativo” a cualquier estímulo, a menos que tenga un efecto conductual en un organismo, no se puede nombrar “regla” a cualquier antecedente verbal, a menos que tenga un efecto conductual en un escucha. Esto lo lleva a afirmar

que nuestra preocupación en el estudio de la conducta gobernada por reglas está en los efectos controladores de antecedentes verbales y no debemos, entonces, distraernos con las propiedades topográficas del estímulo verbal. Entonces, la tarea sería definir reglas en términos de lo que las hace efectivas en el control de la conducta.

Una postura intermedia entre una definición puramente formal y una puramente funcional es planteada por Schlinger (1993). Este autor retoma, como lo hace Vaughan (1989), la distinción de Cerutti (1989) entre un estímulo discriminativo y una discriminación instruccional, para formular el término de “estímulo alterador de funciones”. Schlinger (1993) piensa que las consecuencias operantes no condicionan la conducta, sino que alteran la función evocadora de los eventos antecedente y dicha alteración de funciones es determinante cuando se habla de estímulos verbales denominados reglas o instrucciones.

Este autor propone que el término de regla debería guardarse para nombrar los eventos que hacen algo más que evocar la conducta del estímulo y usarse sólo para estímulos verbales que son alterantes de funciones. Entonces, por ejemplo, el enunciado “por favor, párate” lo que sería formalmente una instrucción, no se consideraría una regla si su efecto era evocar pararse, porque tales conductas han sido reforzadas en el pasado cuando la instrucción fue dada. En cambio, decir “ese tipo de hongo es venenoso” ante la presencia de un hongo, debería considerarse una regla si altera la función de ese tipo de hongo tanto que suprimiría el comérselo.

La función de estos estímulos verbales complejos es la de alterar la función evocadora de los estímulos discriminativos, operaciones de establecimiento y estímulos condicionales y alterar la eficacia de estímulos reforzantes, castigos y estímulos que funcionen en el condicionamiento respondiente de segundo orden. Cualquier función de estímulo en condicionamiento operante y respondiente puede verse afectada por estímulos alteradores de funciones (Schlinger, 1993). De esta manera, estos estímulos verbales tienen la capacidad de alterar las funciones de los eventos que describen, como si la persona que escucha hubiera estado expuesta a las contingencias respondientes u operantes (Schlinger, 1990). De acuerdo con esta afirmación, Poling y LeSage (1992) añaden que algunas de las funciones que las reglas pueden alterar son la función evocadora de un estímulo discriminativo, la función evocadora de las operaciones de establecimiento, la función reforzante y de castigo de un estímulo o también pueden alterar el control del comportamiento por parte de estímulos en un paradigma respondiente.

Por otra parte, en esta definición se señalan algunos requisitos formales y específicos del escucha para producir una conducta alteradora de funciones. La edad señalada para el escucha es de once años, cuando los humanos ya son capaces de construir sus propios estímulos alteradores de funciones, mientras que a los 4 o 5 años los estímulos verbales sólo alteran funciones si son estímulos simples, pero no si son complejos. Y como propiedad formal necesaria, se propuso que la verbalización en cuestión debe describir al menos dos componentes de una contingencia; es decir, una relación entre conducta y consecuencias, entre conducta y antecedentes, entre dos estímulos, o entre estímulos antecedentes, conducta y consecuentes (Schlinger y Blakely, 1987). Así, los estímulos verbales deberían incluir los eventos que deben ser relacionados para que haya alteración de funciones (Schlinger, 1990). Sin embargo, más tarde Schlinger (2008) aclara que estas propiedades formales no son necesarias cuando la persona que escucha es verbalmente competente, puesto que en dicho caso, una sola palabra puede alterar funciones.

Sobre este aspecto formal de las reglas, Pérez (2004) defiende que algunas veces las reglas constituyen toda una contingencia cuando especifican lo que ocurriría si cierta conducta tiene lugar en cierta circunstancia. No obstante, otras veces, las reglas no son sino máximas, aforismos, sentencias culturalmente establecidas. Es decir, que en su forma más completa o modélica, tendría una estructura “Si...entonces... (Situación, conducta, consecuencias)”; pero seguirá siendo tal aun especificando sólo un elemento de la contingencia, por ejemplo: diciendo “hace frío”, “ponte el abrigo” o “no vayas a coger un catarro”, porque cada uno de estos elementos incluye al resto, no en vano constituyen una contingencia y una unidad. Es más, agrega Pérez, una regla se podría establecer sin necesidad de hablar, como por ejemplo, si un padre abre la ventana y “hace ver” el frío que hace afuera, en el contexto de salir. Por consiguiente, lo decisivo de la regla es la función de especificar contingencias y no tan importante la fórmula, sobre todo en situaciones que no se prestan a ambigüedad, ya que un escucha verbalmente competente es capaz de entender elementos implícitos.

Fuera de esta discusión, otros autores (de Albuquerque, 2001; de Albuquerque, Matos, de Souza y Paracampo, 2004; de Albuquerque, de Souza, Matos y Paracampo, 2003; Paracampo y de Albuquerque, 2004) ofrecen un punto a tener en cuenta para distinguir entre una conducta gobernada por reglas y otra gobernada por las contingencias. Se puede decir que una conducta es controlada por reglas cuando el comportamiento que sigue a la presentación de una regla es el comportamiento

anteriormente especificado por ésta y se produce en presencia de los estímulos que describe, independientemente de las consecuencias inmediatas que siguen a este comportamiento. Una conducta puede ser clasificada como controlada por las contingencias, cuando la conducta es establecida por sus consecuencias inmediatas, con independencia de una descripción anterior de éstas. De esta forma, una conducta gobernada por reglas debe ocurrir independientemente de sus consecuencias inmediatas.

## **2. ESTUDIOS SOBRE REGLAS E INSTRUCCIONES HASTA LA ACTUALIDAD**

A finales de los años cincuenta, antes de la conceptualización del término “regla”, en el campo experimental algunos investigadores observaban el efecto de las instrucciones, un campo de estudios que posteriormente se ligaría, incluso nominalmente, con el de las reglas. Vamos por ello a exponer las principales líneas en investigación que se han seguido desde aquellos primeros estudios que se centraron en los posibles efectos de las instrucciones.

### **2.1 Antecedentes de la investigación sobre reglas e instrucciones**

El estudio de las instrucciones se inicia como fruto de la investigación básica en humanos (Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989), en donde no se estudiaban directamente las instrucciones, sino que se utilizaban para hacer que los sujetos siguieran una tarea. En los primeros experimentos realizados por Azrin (1958) y por Weiner (1962) se observaba que, incluso cuando ya se había establecido una respuesta, las personas no respondían a menos que fueran instruidas a hacerlo. Cuando las instrucciones eran estudiadas directamente, se comparaba su impacto con el de otras variables, como en los experimentos de Ader y Tatum (1961) en los que se observaba una dificultad en la ejecución de los sujetos experimentales cuando, en el procedimiento, se omitían las instrucciones que presentaban el refuerzo requerido por una respuesta. En el campo clínico también se hacía evidente el poder de las instrucciones, como dieron a conocer Ayllon y Azrin (1964) quienes, en un experimento con pacientes psiquiátricos, encontraron que sin instrucciones explícitas relacionadas al objetivo de la respuesta, los

sujetos no respondían con nivel suficiente para permitir que el reforzamiento se aplicara.

Posteriormente se iniciaron experimentos donde se comparaban las ejecuciones de diferentes tipos de instrucciones sobre un programa operante o se comparaban ejecuciones basadas en instrucciones o sin instrucciones con diferentes programas dentro de los componentes de un programa múltiple. Gracias a estos experimentos fue posible observar el fuerte control que ejercían las instrucciones, incluso más que el reforzamiento como lo demostraron Baron, Kaufman y Stauber (1969) al observar que el buen control del programa sólo era posible cuando a los sujetos, en el procedimiento se les daba tanto instrucciones como reforzamiento; sin embargo, cuando se omitía sólo el reforzamiento se observaba un mejor control de estímulos que cuando se omitían sólo las instrucciones. También fue posible observar que las instrucciones continuaban ejerciendo el control aún cuando las condiciones actuales del programa exigían lo contrario. Uno de esos experimentos fue el de Kaufman, Baron y Kopp (1966) en cual se instruía falsamente a los sujetos, haciéndoles creer que la tarea a realizar se trataba de un programa de razón variable, cuando en realidad se trataba de un programa de extinción. Estos investigadores encontraron que los sujetos sostenían su ejecución durante tres horas aún cuando no existía reforzamiento alguno. Otros de estos estudios fueron realizados por Lippman y Meyer (1967) y Weiner (1970) en donde se obtuvieron resultados muy similares. Aún a pesar de las importantes repercusiones que los resultados de estos estudios tendrían posteriormente, los autores no trataron de componer explicaciones teóricas sobre este fenómeno.

De esta forma, las aportaciones de los experimentos hasta ese momento señalaban la indudable importancia de las instrucciones en el análisis de la conducta: (1) para alcanzar los objetivos los sujetos instruidos tenían menos fallos que los sujetos no instruidos; (2) la información precisa acerca de los programas de contingencias producía patrones más apropiados para la estructura del programa; (3) las instrucciones permitían una rápida adquisición y su efecto tenía una influencia sobre la conducta aún cuando dichas instrucciones eran opuestas al programa de contingencias.

Sin embargo faltaba determinar cómo funcionaban, por qué ejercían este poder sobre la conducta y debido a qué condiciones las ejecuciones eran controladas por las instrucciones o por las contingencias.

En general, los experimentos realizados en la década de los sesenta mostraban el control que ejercen las instrucciones, pero no estudiaban por qué operaban de esta

forma; se les trataba, según Hayes, Zettle y Rosenfarb (1989), como si fueran objetos, del mismo modo que no se consideraba al seguimiento de instrucciones como un tipo de evento verbal.

Por otra parte, la gran mayoría de las investigaciones relacionadas con el control ejercido por las instrucciones modificaron los procedimientos estándar con el fin de (1) disminuir el efecto de las posibles verbalizaciones auto-dirigidas acerca de la tarea que se estaba realizando y (2) invalidar la historia del sujeto antes de la situación experimental. En el trabajo de Azrin (1958), se cambia la fuerza requerida de la variable dependiente; Weiner (1962) instituye un procedimiento de coste de respuesta y, posteriormente (1964) controla las historias de condicionamiento de los sujetos; Lowe, Harzem y Bagshaw (1978) añaden una respuesta producida por un reloj digital al panel de inteligencia; Ayllon y Azrin (1964) dan instrucciones verbales. Los investigadores prefirieron eliminar los efectos de lo que el sujeto se dice durante la tarea, es decir, efectos de las auto-instrucciones, en lugar de estudiarlas directamente. Así, en el estudio típico de las instrucciones se las consideraba una variable extraña que debía ser controlada.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre instrucciones fueron ignorados por los analistas conductuales, pero no pasaron inadvertidos para los investigadores cognitivos, como Bandura (1969), Brewer (1974) y Thoresen y Mahoney (1974), quienes retomaron los resultados de estas investigaciones e intentaron mostrar que la respuesta de los humanos no era controlada por las contingencias de reforzamiento sino por las creencias e hipótesis individuales sobre cómo trabaja el programa. Según su postura, la explicación correcta sobre la ejecución humana debería concentrarse en esas influencias cognitivas en lugar de en las contingencias en sí mismas. Por tanto, las instrucciones sobre contingencias se consideraron fundamentales para el establecimiento y el mantenimiento de las representaciones de las mismas.

No es hasta finales de los años setenta que comienza a proponerse el estudio de las instrucciones como una variable independiente (Vaughan, 1989; Baron y Galizio, 1983) y surgen propuestas sobre la innecesaria explicación cognitiva (Biglam y Kass, 1977). Propuestas que destacaban el papel fundamental del lenguaje en la conducta humana para distinguirla de los organismos no humanos, lo que Lowe (1979) ha llamado “hipótesis del lenguaje”.

Gracias a la consideración de las instrucciones como una variable independiente y a la consideración fundamental del lenguaje para explicar su papel, se comenzó a dar respuesta sobre cómo funcionan y por qué ejercen ese poder sobre la conducta.

Otra característica importante de esta etapa es la tendencia a equiparar el seguimiento de reglas con el seguimiento de instrucciones (Vaughan, 1989). Pero más importante fue la emergencia de diferentes líneas de investigación, cuyos resultados produjeron el desarrollo de las primeras explicaciones teóricas sobre el efecto de las instrucciones e importantes debates sobre el concepto de regla.

## **2.2 Líneas de investigación sobre reglas**

El estudio de la conducta imitativa constituye una línea de investigación muy ligada al estudio de las reglas debido a la correspondencia existente entre el control ejercido por las reglas y el control ejercido por una demostración o modelo (Baron y Galizio, 1983). Incluso, hay investigadores como Catania (1992) que consideran al comportamiento imitativo como una “clase instruccional”.

Un comportamiento imitativo tiene lugar cuando el individuo realiza una respuesta y el observador realiza una respuesta similar; es decir, que la respuesta es demostrada y no descrita. La típica tarea en esta línea implicaba la imitación, por parte de un niño, de respuestas motoras o verbales realizadas por un modelo adulto. Algunas de las respuestas imitadas, las elegidas por el experimentador, eran reforzadas, en tanto que las restantes, no. La idea general consistía en que el sujeto replicara sólo las respuestas que habían sido reforzadas, sin embargo, se encontraba, en contra de lo esperado, que los sujetos imitaban tanto las conductas reforzadas como las no reforzadas. En este sentido, el concepto de “imitación generalizada” de Baer y Sherman (1964) aportaba una idea sobre este fenómeno. La imitación generalizada sugiere que el reforzamiento de la conducta imitativa refuerza una clase general de respuesta, en lugar de sólo las respuestas que son reforzadas.

Además de la imitación generalizada, también se ha destacado otro fenómeno relacionado con este tipo de conducta que se presenta en situaciones en las que existe una contradicción entre lo que el modelo dice y lo que hace. En un experimento realizado por Molina, Luciano y Huerta (2000) los sujetos, para obtener un premio, debían resolver una tarea atendiendo a un modelo, quien además de instruirles sobre cómo realizar la tarea, la ejecutaba de un modo distinto. Los sujetos siguieron lo que el

modelo hacía y no lo que decía, aún a pesar de perder el premio. Para estos autores el estudio mostraba que los cambios en las contingencias directas no siempre operan y el sujeto se comporta de acuerdo a otras pautas, en este caso imitativas (Cobos y Luciano, 2002; Molina, Luciano y Huerta, 2000).

Lo relevante en estos estudios es que destacan que en la conducta imitativa, como sucede en el seguimiento de reglas, el responder puede ocurrir aun sin reforzamiento explícito y continúa a pesar de los cambios en las contingencias presentes.

Han surgido diferentes interpretaciones sobre el fenómeno de la imitación generalizada, por ejemplo, se ha propuesto que se mantiene porque el niño es incapaz de discriminar el estímulo positivo (el estímulo designado para ser reforzado) del estímulo negativo (el resto de estímulos no reforzados). Una interpretación distinta sostiene que la imitación generalizada se mantiene por reforzamiento, aunque éste no sea explícito. A favor de este argumento, Baron y Galizio (1983) defiende que dentro del contexto del experimento se encuentran reforzadores, por ejemplo, sensitivos, que sostendrían la conducta imitativa. En esta misma línea, Pérez (2004) argumenta que la conducta imitativa puede ser reforzante en sí misma, en virtud de su asociación con reforzadores primarios. Entonces, aunque el reforzador no sea explícito, no implica que no exista y no funcione como tal. En este sentido, la respuesta sobre por qué se mantiene la conducta imitativa sin necesidad de reforzamiento explícito y, quizá también, sobre por qué persiste ante contingencias contradictorias, esté en el análisis funcional detallado de los elementos que participan en la contingencia y no en la suposición de características intrínsecas de los sujetos.

Teniendo en cuenta estas explicaciones, parece pertinente señalar que, aunque se trata de un tipo diferente de conducta, los avances en esta línea de investigación bien podrían aportar cuestiones importantes para el estudio de las reglas, ya que señalan puntos clave a tomar en cuenta para resolver el fenómeno de la insensibilidad a las contingencias sin tener que apelar a propiedades de las reglas.

A propósito de este fenómeno, el estudio de la insensibilidad a las contingencias constituye una de las líneas de investigación más prolíficas en el estudio de las reglas. El primer experimento al respecto fue realizado por Kaufman, Baron y Kopp (1966); tal como lo explicamos en el punto anterior, en este experimento, durante un programa de extinción, se les informaba falsamente a los sujetos que el reforzamiento estaba disponible en un programa de razón variable. Como resultado, la ejecución se mantuvo

por tres horas aún cuando no hubo reforzamiento alguno. Estos trabajos interesaron a trabajos posteriores como los de Matthews, Shimoff, Catania y Sagvolden (1977) en los que se concluía que las reglas facilitaban un responder apropiado a las contingencias experimentales, pero producían insensibilidad a los cambios en esas contingencias.

De este modo, el concepto de “insensibilidad a las contingencias” comenzó a cobrar cada vez más fuerza y ser apoyada por bastantes investigaciones hasta llegar a entender este fenómeno como una característica inherente a las reglas (Shimhoff, Catania y Matthews, 1981).

En este campo también se estudió el diferente efecto que producían distintos tipos de reglas. Matthews, Catania y Shimoff (1985) realizaron un estudio en el cual encontraron que las descripciones sobre la ejecución (como “presiona rápido sobre el botón derecho”) tuvieron efectos consistentes en las respuestas no verbales, pero que las descripciones de las contingencias (como “X número de presiones sobre el botón derecho”) generaban mucha variabilidad. Cuando los sujetos fueron moldeados a dar descripciones de ejecución, en lugar de dar descripciones de contingencias, fue encontrada una correspondencia consistente entre lo que ellos describieron y lo que hicieron. Esta correspondencia no se efectuó cuando las descripciones de contingencias fueron moldeadas. Un año más tarde, Shimoff, Matthews y Catania (1986) observaban que aún cuando la ejecución de un sujeto que ha sido moldeado por las contingencias muestra sensibilidad a los cambios en las contingencias experimentales, esta sensibilidad puede ser ilusoria. Los investigadores concluyeron que dicha sensibilidad implica, a primera vista, que la respuesta ha sido moldeada por las contingencias, pero bajo un análisis más fino, la respuesta puede ser gobernada por reglas. Entonces, las respuestas serían funcionalmente diferentes a pesar de ser topográficamente similares.

En la misma línea, Hayes, Brownstein, Hass y Greenway (1986) llegan a conclusiones similares y agregan que muchos tipos de reglas producen distintos grados de insensibilidad a las contingencias.

Más recientemente, otros autores han sugerido que dicha insensibilidad puede depender de otros factores y que no sólo se debe a una característica intrínseca de las reglas. Aguilera (2003), por ejemplo, señala dos factores: (1) la repetición tanto de las respuestas reforzadas directamente como de las respuestas bajo el control instruccional, y (2) la historia de los sujetos de reforzamiento para responder de forma variable. En esta línea, a pesar de la proliferación de estudios que apoyan la hipótesis de la insensibilidad que producen las reglas, otros sugieren una versión distinta.

El primero de estos estudios es realizado por Galizio (1979). Al utilizar programas de reforzamiento positivo, encuentra que el control del programa de contingencias fue pobre antes de que se le señalara al sujeto lo que debía hacer. Estos datos persistieron aún cuando las etiquetas informativas se quitaron y cuando los estímulos asociados a los componentes de estímulo se cambiaron de lugar. Lo más importante de este estudio es que la insensibilidad a las contingencias persistió sólo cuando no había coste para el sujeto por seguir las instrucciones imprecisas; sin embargo, cuando había penalizaciones de por medio, el sujeto mostraba sensibilidad a las condiciones experimentales. Otros investigadores como Fujita, Fukushima y Sato (1983) comprobaron estos hallazgos.

Por otro lado, se ha criticado la falta de consistencia en los experimentos del grupo de Catania puesto que han hablado de una insensibilidad (Shimoff et al., 1981), menor sensibilidad (Catania et al., 1982) y una pseudoensibilidad (Shimoff et al., 1986).

Por su parte, Newman, Hemmes, Buffington y Andreopoulos (1994) afirman que la supuesta insensibilidad se debe más al diseño experimental, ya que no permite al sujeto entrar en suficiente contacto con las contingencias de reforzamiento. Por lo tanto, con un diseño apropiado se demostraba que la conducta gobernada por reglas no es insensible a las contingencias.

Una crítica distinta apunta a la consideración de la insensibilidad a las contingencias como una propiedad definitoria. Atendiendo a los resultados de los experimentos realizados por Ribes y Martínez (1990), la conducta bajo la regulación de instrucciones es, al menos, parcialmente sensible a las consecuencias y dependiendo de cómo se expresen las instrucciones (como puede ser la veracidad de su contenido) éstas causan insensibilidad o no. Además, Ribes (2000) señala que aún si las instrucciones generaran una conducta insensible al programa, la exposición mantenida ante las contingencias produce una ejecución que es cada vez más efectiva. Otros investigadores como Joyce y Chase (1990); Lefrancois, Chase y Joyce (1988) y Michael y Bernstein (1991) también apoyan la idea de que dicha insensibilidad no se muestra siempre. Estos datos contradicen la aseveración del grupo de Catania que propone la insensibilidad como propiedad definitoria de las instrucciones (Shimhoff, Catania y Matthews, 1981).

Se ha señalado, incluso, que las instrucciones también podrían servir para orientar la conducta a través de los eventos ambientales y, entonces, tendrían el efecto de incrementar en lugar de reducir sensibilidad a las relaciones respuesta-reforzamiento (Schoenfeld y Cumming, 1963). En este sentido, Baron y Galizio (1983) señalan dos

procedimientos para incrementar la sensibilidad: (1) omitir cualquier pauta sobre la respuesta a favor del desarrollo de ésta a través del moldeamiento; y (2) proveer más pautas elaboradas que no sólo especifican respuesta, sino que den información sobre las contingencias. También St-Denis (2001) ha señalado que las instrucciones facilitan la adquisición de una nueva conducta, la relevancia de ciertas condiciones para mejorar la sensibilidad: por un lado, que dando a los sujetos un simple aviso de que las condiciones quizá cambien, se incrementa la sensibilidad; por otro lado, que el realizar entrenamientos demasiado cortos puede ser un potente factor para causar insensibilidad; por último, que el dar una mayor variedad de pautas puede ayudar a la sensibilidad, sobre todo cuando éstas son mínimas

Argumentos más generales también han sido expuestos por otros autores. Malott (1989), por ejemplo, defiende que la insensibilidad a las contingencias va en contra del sentido común, ya que en la vida cotidiana las personas cambian su actuación en función de las consecuencias de su conducta. En relación a estos argumentos generales, Perone, Galizio y Baron (1988) señalan que no existe un patrón estándar de comparación que permita determinar si hay o no sensibilidad porque la ejecución en los programas de refuerzo no es estable ni aún entre los miembros de una misma especie y porque al comparar la ejecución de los sujetos experimentales contra ellos mismos, siempre se encuentra que las contingencias a largo plazo son efectivas.

Entonces, a pesar de las aportaciones de estos estudios, el apelar a una propiedad intrínseca de las reglas da lugar a explicaciones tautológicas, lo cual nos aleja de ahondar el papel de las reglas, ya sea en el campo clínico o en cualquier otro campo. Por tanto, estamos de acuerdo con Baron y Galizio (1983) al decir que se debe apuntar al estudio de algunas de las condiciones bajo las cuales se pueda dar este efecto.

Otras líneas de investigación, además de intentar explicar por qué se sigue una regla, intentaban entender los procesos verbales involucrados en sí mismos. Una de esas líneas es el estudio de las llamadas “auto-reglas” o reglas que nos decimos a nosotros mismos.

El antecedente más temprano del estudio de las auto-reglas es el trabajo de White (1965), quien sostiene que las ejecuciones de los niños se parecen a las realizadas por los animales y no es hasta los cinco años de edad cuando estas ejecuciones se asemejan más a las de los adultos. Esta transición, según los autores, que va desde el aprendizaje animal al humano, está asociada a una influencia del lenguaje sobre el aprendizaje. Posteriormente, Birch (1966) realiza un experimento en el que se les pedía

a niños que presionaran y mantuvieran presionada una palanca. Para un grupo, la orden se repetía cada 15 segundos; mientras que para el otro, se repetía cada vez que el sujeto dejaba de presionar. En ambos grupos se utilizó el sonido de un timbre (periódico para uno y contingente para otro). Los sujetos mayores mantuvieron su ejecución en las condiciones tanto verbales como en la del timbre, pero los más jóvenes sólo fueron capaces bajo las condiciones verbales. Birch concluye que los sujetos mayores podrían realizar correctamente la tarea porque son capaces de repetirse a sí mismos la instrucción verbal. Lippman y Meyer (1967) llegan a conclusiones similares y sugieren que los humanos verbales tienden a generar reglas verbales sobre programas de reforzamiento y, por tanto, tienen un importante papel en la regulación del comportamiento. De acuerdo con esta postura, Lowe, Beasty y Bentell (1983) señalan, al igual que White (1965), que las ejecuciones de los niños preverbales, menores de cinco años, se parecen más a las de los animales que a las de los humanos adultos porque aún son incapaces para formular reglas sobre las contingencias experimentales. Más tarde, Vaughan (1985) señala que niños menores de cinco años que han sido enseñados a generar sus propias reglas sobre las contingencias del experimento, logran una mejor ejecución que los niños que no han sido enseñados.

Sin embargo, el enfoque conductista no fue el único que destacó el papel de las verbalizaciones que nos decimos a nosotros mismos sobre nuestra conducta. Los investigadores cognitivistas, preocupados por explicar las ejecuciones humanas complejas, ligaban el control instruccional con procesos cognitivos hipotéticos para explicar la conducta humana. Desde este enfoque, Thoresen y Mahoney (1974) proponen que las ejecuciones humanas complejas son controladas por consecuencias anticipadas, como imágenes y pensamientos sobre las contingencias existentes, que son creadas tanto por instrucciones dadas por los otros como por instrucciones que los sujetos se dan a sí mismos.

Desde un punto de vista conductista, la explicación se aparta de la consideración de imágenes de las contingencias. Se argumenta que durante los experimentos operantes los sujetos describen verbalmente las contingencias a sí mismos y que estas formulaciones encubiertas funcionan como un estímulo, el cual controla la emisión de respuestas reforzadas (Harzem, Lowe y Bagshaw, 1978; Lowe, 1979).

La idea de que la gente se habla a sí misma y, como consecuencia, altera su conducta operante ha sido bastante apoyada por diferentes investigadores (Bem, 1967; Bentell, Lowe y Beasty, 1985; Bentall y Lowe, 1987; Bornstein y Quevillon, 1976;

Catania, Matthews y Shimoff (1982); Dixon, 1999; Israel y Oearly (1973); Paigua y Baer (1982); Taylor y O'Reilly, 1997), pero, aun así, sigue sin estar claro hasta qué punto la conducta verbal de un individuo afecta a su conducta posterior. Lowe (1979) y Weiner (1983) a propósito de esta cuestión, señalan que es difícil saber si la conducta verbal del sujeto participa en las ejecuciones del programa o si ocurre al contrario.

Otros también se lo han cuestionado. Baron y Galizio (1983) señalan que no hay procedimientos convincentes que puedan revelar directamente la ocurrencia de cualquier conducta verbal durante el curso de experimentos operantes. Por otra parte, atendiendo a la similitud entre las ejecuciones de los niños y las de los animales (Lowe, Beasty y Bentell, 1983), sugieren que también se debe tener en cuenta otras diferencias entre los niños y los adultos, en lugar de atribuir estos resultados exclusivamente a la deficiente capacidad verbal de los niños. Hayes, Zettle y Rosenfarb (1989), por su parte, argumentan que no es suficiente explicar los efectos de las reglas apelando a los efectos de las auto-reglas hasta que la auto-regla sea en sí misma explicada.

Lo importante es el hecho de que las auto-reglas a veces determinan la forma de las respuestas tanto como su probabilidad de ocurrencia, por eso se vuelve importante determinar cuándo es y cuándo no es una variable controladora. Esta es una cuestión que continúa si respuesta y mantiene el debate dentro de esta línea.

Una segunda línea de investigación que intenta explicar el proceso a través del cual los estímulos verbales controlan el comportamiento es el estudio de la equivalencia de estímulos. Este estudio se inicia a partir del experimento de Sidman (1986), al cual hicimos alusión en el capítulo anterior. Posteriormente, Devany, Hayes y Nelson (1986) proponen una relación entre la conducta gobernada por reglas y la equivalencia de estímulos. Los mismos autores, al observar que los niños verbales eran capaces de aprender clases de equivalencia, a diferencia de los niños retardados, concluyen que existe una estrecha relación entre la noción de equivalencia de estímulos y la conducta verbal.

Dando un paso más, Hayes (1986) argumenta que la equivalencia de estímulos es parte de un fenómeno más general a través del cual los humanos pueden responder a símbolos. Esto ocurre, según el autor, porque los sujetos aprenden un esquema o marco controlado por los tres tipos de relación entre estímulos (simetría, reflexividad y transitividad), el cual les permite responder ante símbolos puesto que se trata de una asociación arbitraria entre estímulos. Hayes asegura que son estos esquemas los que

facilitan la adquisición del lenguaje y, de hecho, que la conducta gobernada por reglas es sólo uno de los resultados de un repertorio de este tipo de esquemas.

La equivalencia de estímulos ha sido bastante apoyada por numerosos autores que defienden los sustanciosos beneficios que aporta al campo de la conducta gobernada por reglas y al análisis de la conducta en general (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Smeets y Luciano, 2004; Kerr y Keena, 1997; Overskeid, 1995). Sin embargo, no todos los analistas conductuales comparten esta idea. De hecho, esta línea de investigación también se caracteriza por ser bastante polémica, ya que existen suficientes argumentos que ponen en entredicho los supuestos beneficios que brinda al análisis de la conducta.

Además de las críticas de Tonneau (2001), presentadas en el capítulo anterior, otros investigadores, como Darchivelle (1993) han cuestionado la relevancia lógica de las relaciones de equivalencia para generar un modelo de sustitución de estímulos requerida por el control instruccional.

Sin llegar a criticar abiertamente esta línea de investigación, Vaughan (1989) destaca que hay evidencia para suponer que los términos y conceptos ya existentes del análisis de la conducta (como respuesta de clases, clases de estímulo, estímulos discriminativos) son adecuados para describir la conducta gobernada por reglas y la historia necesaria para que las reglas la evoquen. Además, añade que la mejor manera de hablar sobre este tipo de conducta será determinada eventualmente, cuando se identifique el modo más efectivo para predecirla y controlarla.

En este sentido, la invención de una nueva terminología y la utilización de modelos de otras disciplinas no hacen que un fenómeno esté mejor explicado. Pensamos, como Vaughan, que todavía queda mucho por decir sobre la conducta gobernada por reglas, pero no podemos tirar nuestras herramientas conceptuales sin explotarlas a fondo, no podemos dejar a un lado los principios conductuales que conocemos hasta comprobar que no son lo suficientemente claros y útiles para explicar una conducta. Aun así, el debate continúa vivo y no tiene trazas de terminar pronto.

Una propuesta distinta para explicar el proceso verbal ofrecida por Galizio (1979) quien supone que éste es una cuestión del control discriminativo. Con el fin de explicar cómo es que los individuos pueden responder apropiadamente a instrucciones que no han sido asociadas explícitamente con el reforzamiento, Baron y Galizio (1983) retoman el concepto de “respuesta de instrucción” de Schoenfeld y Cumming (1963). Estos autores señalaban que el poder que ejercen las instrucciones no sólo afecta a la

conducta, sino también a las consecuencias de esta conducta. Se trataba de una respuesta perseverante de orden superior capaz de dominar una amplia variedad de otras conductas. Estos autores hablaban de la posibilidad de ver dos niveles de respuesta en el control instruccional. Por un lado, las instrucciones controlan los patrones de respuesta referidos por las mismas, pero también pueden inducir tendencias más generales para seguir cualquier instrucción dada. Así, esta respuesta de instrucción en sí misma puede ser influenciada por las consecuencias de la conducta que controla. Gracias a este concepto, se apuntaba hacia otra explicación que no utilizara “medidas mediacionales”; además, permitía un mejor entendimiento de lo supuesta insensibilidad a las contingencias actuales del programa. Desde esta perspectiva, las instrucciones engendraban interacciones y, por tanto, conflictos potenciales entre sistemas operantes: por un lado, la respuesta de instrucción y, por otro, las respuestas controladas por las contingencias ambientales actuales (Baron y Galizio, 1983). De este modo, las circunstancias que permitían a las instrucciones facilitar o impedir la respuesta a las contingencias actuales, dependían de la compatibilidad de las dos respuestas y de sus reforzamientos. Por lo tanto, el análisis completo de estas interacciones debía tener en cuenta las variables usuales que controlan el responder operante, tales como la naturaleza del programa de los eventos de reforzamiento, la historia del reforzamiento, etc. (Baron y Galizio, 1983). De hecho, según Galizio (1979), el control instruccional es un fenómeno determinado por la historia de reforzamiento del sujeto.

Esta propuesta es criticada por Hayes, Zettle y Rosenfarb (1989) quien argumenta que aunque el seguimiento de reglas pueda ser explicado por las bases del control discriminativo, no explica qué son las reglas ni cómo pudieron ser entendidas en primer lugar.

Aun así, la atención sobre factores como la historia de reforzamiento han sido bastante apoyada por diferentes investigadores para estudiar los procesos involucrados en el seguimientos de instrucciones. Degrandpre y Buskist (1991), Martínez y Ribes (1996) u Okouchi (1999) vuelven a destacar el papel fundamental de la historia de reforzamiento en este proceso. Martínez y Ribes (1996) han estudiado interacciones entre instrucciones y contingencias en igualdad a la muestra manipulando contingencias de falso y verdadero. Algunos sujetos recibían varios ensayos con instrucciones verdaderas (en las cuales se especificaba la relación entre estímulos que era reforzada), mientras que otros, instrucciones falsas (en las cuales se especificaba una relación entre estímulos que no era reforzada). En la última fase, todos los sujetos

recibían la misma instrucción falsa. Los autores encontraron que (1) cuando la ejecución era precedida por una historia de instrucciones verdaderas se tendía a seguir la instrucción falsa, lo cual implicaba un decremento en las ejecuciones correctas; (2) cuando las instrucciones falsas no eran precedidas por una historia de instrucciones verdaderas, la ejecución en la última fase mostraba mucha variabilidad. Es decir, que una historia en la que las pautas contradicen las contingencias debilita el reforzamiento del seguimiento de instrucción. Por tanto, concluían los autores, la historia de interacciones entre instrucciones y contingencias podía ser fundamental para un mejor entendimiento del seguimiento de instrucciones.

A conclusiones similares llega, posteriormente, Hojo (2002). Sus hallazgos sugieren que las instrucciones parcialmente precisas interfieren con la adquisición cuando son introducidas nuevas contingencias, sugiriendo que la ejecución depende no sólo de las contingencias actuales, sino también de la historia del sujeto.

Pero además, se pueden señalar otros beneficios ligados directamente con la conducta gobernada por reglas. Recientemente, Martínez y Tamayo (2005) señalan que una ventaja de describir y manipular experimentalmente la historia de interacciones entre las instrucciones y las consecuencias de la conducta es que la dicotomía entre la conducta gobernada por reglas y la conducta controlada por sus consecuencias se puede clarificar. De hecho, argumentan que el estudio de los efectos de diversas historias instruccionales puede ayudar a entender la transición de una instrucción a la conducta gobernada por reglas, puesto que para estos autores, se trata de dos conceptos distintos y el control instruccional es un prerrequisito complejo de la conducta gobernada por reglas. Desde esta perspectiva, no sólo se señala una diferencia entre la instrucción y la regla, sino que se plantea una relación de precedencia entre estos dos conceptos.

Además del estudio de la historia de reforzamiento, la investigación sobre las instrucciones continúa su curso, centrándose en distintas cualidades de las mismas como su precisión (Braam y Malott, 1990; Hojo, 2002; Martínez, Ortiz y González, 2002; Mistr y Glenn, 1992; Ortiz, González, Rosas y Alcaraz, 2006), su veracidad (Martínez y Ribes, 1996), su discrepancia (De Oliveira, Oliveira-Castro, Simonassi y Vieira, 2002), complejidad y tamaño (De Albuquerque, & Ferreira, 2001). Y aunque pensamos que las instrucciones y las reglas son conceptos muy distintos, el desarrollo del estudio de las instrucciones seguramente ofrezca interesantes aportaciones al estudio de las reglas.

En resumen, el intento por explicar teóricamente el efecto de las reglas en la conducta de un individuo fue, a grandes rasgos, irregular. Primero, ignorada por los analistas conductuales y rescatada por los cognitivistas. Posteriormente, gracias a avances metodológicos, comenzaron a desarrollarse diferentes líneas de investigación.

Estas líneas de investigación ofrecieron importantes aportaciones al estudio de las reglas en general y se centran principalmente en: (1) el estudio de cuestiones relacionadas con sus efectos, como el estudio de la insensibilidad a las contingencias o el estudio de la conducta imitativa; (2) el uso de las reglas e instrucciones como medio de explicación del proceso verbal como el estudio de la auto-instrucción, estudio de la equivalencia de estímulos o el estudio del control discriminativo; y (3) el análisis de elementos involucrados en el seguimiento de reglas y seguimiento de instrucciones como la historia de reforzamiento.

Con respecto al estudio que estamos planteando, estas líneas de investigación nos aportan distintos aspectos a tener en cuenta como la historia de reforzamiento del cliente, gracias a la cual, el cliente puede ser más o menos receptivo a las reglas del terapeuta; o nos ayudan a depurar los objetivos que se desean conseguir como por ejemplo, no nos interesa formular una postura sobre la explicación del proceso verbal en sí mismo, sino sólo analizar el efecto de las reglas del terapeuta sobre la conducta del cliente.

Ahora bien, el estudio de las reglas no sólo comprende diferentes líneas de investigación centradas en un aspecto específico, sino también comprende la clasificación de distintos tipos de reglas.

Dado que nos interesa el estudio específico de las reglas dentro de la terapia, debemos ser capaces de diferenciar las reglas de otro tipo de verbalizaciones, pero también, ser capaces de detectar los distintos modos en los que una regla es emitida para poder determinar si este tipo de verbalización sigue un patrón que nos ayude a entender su papel dentro de la terapia. Esta tarea es sólo posible a través de la clasificación de las reglas, para lo cual, primero será necesario el repaso de las distintas clasificaciones que se han desarrollado hasta el momento actual.

### **2.3 Tipos de comportamiento gobernado por reglas**

Además de las distintas concepciones de lo que es una regla, también se han desarrollado algunas nomenclaturas para designar distintos tipos de reglas. Los tipos

más antiguos que se conocen son quizá, el “mando” y el “tacto” (Skinner, 1957). Por “Mando” Skinner entiende “una operante verbal en la que la respuesta es reforzada por una consecuencia característica y, por consiguiente, está bajo el control de las condiciones pertinentes de privación o estimulación aversiva... Un mando se caracteriza por la relación singular entre la forma de la respuesta y el reforzamiento recibido, de manera característica, en una comunidad verbal determinada”. A diferencia del “Mando”, el “Tacto” se define como “una operante verbal en la que una respuesta de una determinada forma es evocada (o al menos fortalecida) por un objeto o evento particulares o por una propiedad de un objeto o evento... El Tacto se refiere a la operante verbal, en el que el estímulo antecedente es no verbal, y la correspondencia entre éste (o sus propiedades) y la respuesta verbal se ajusta a un criterio social”. El tacto es conseguido a través de un progreso del mando, por lo que la relación entre ambos podría considerarse análoga a la relación entre una regla y una instrucción, atendiendo a la relación de precedencia señalada por Martínez y Tamayo (2005). Aunque no son equivalentes, un mando tendría las cualidades de una instrucción, pero no consigue tener las de una regla.

Para el análisis de la conducta, el desarrollo de estas categorías significó una alternativa de la clasificación del lenguaje respecto de los esquemas formales derivados de la lingüística general y la gramática (Ribes, 2008). Pero, a pesar de esta gran aportación, se han señalado algunos problemas como el que cualquier respuesta, en un mismo momento y en mismo lugar, puede clasificarse como perteneciente a más de una categoría de operante de primer orden; es decir, que su taxonomía es difícil de aplicar sin ambigüedades (Ribes, 2008) o el hecho de que no ha habido manera de medir estas unidades de tal modo que sea posible un análisis experimental. Ha habido intentos por utilizar dichas categorías, como Salzinger, quien se decantó por atender a la forma de la respuesta, pero se perdía su carácter funcional; o como Willard Day, quien especuló acerca de su historia o función, pero elaboró categorías de investigación difíciles de utilizar y no progresivas, es decir, que no produjeron variantes aplicados a distintos usos (Hayes, Blackledge y Barnes Holmes, 2001). Tal como se ha mencionado, este tipo de nomenclatura no es efectiva para alcanzar los objetivos que nos proponemos en este trabajo porque se trata de categorías difíciles de identificar dentro del contexto terapéutico.

En un intento por delimitar unidades de la conducta gobernada por reglas que mantuvieran el carácter funcional del concepto de regla y pudieran utilizarse con

relativa facilidad, Zettle y Hayes (1984) conciben tres tipos progresivos de reglas: (1) “Pliance” o cumplimiento mediado por la función de otros, (2) “Tracking” o cumplimiento por el rastreo de huellas y (3) “Augmenting” o cumplimiento de reglas alteradoras (Wilson y Luciano, 2002).

El primer tipo es el “Pliance”, la conducta gobernada por reglas reforzada por el dador de la regla (o un agente de la comunidad verbal usando un “Ply”). Se trata de una regulación definida por comportamientos que se ajustan a las reglas (formuladas al principio por otros y después por el mismo sujeto) bajo la sensibilidad de las contingencias que se obtienen a través de otros como pueden ser, por ejemplo, los consejos de los padres o las amenazas. Las consecuencias son mediadas solo por el agente social que manda la regla; es decir, que el efecto es mediado por los otros. Skinner le llama “Command”. Este tipo de conducta puede implicar tanto relaciones de correspondencias topográficas entre contenido y acción como de no correspondencia (hacer lo contrario a lo que se dice). Según los autores, para que pueda producirse es necesaria la comprensión de la fórmula verbal o regla.

El segundo tipo, llamado “Tracking”, se trata de una conducta gobernada por reglas que es reforzada por sus consecuencias al responder a los tactos de las contingencias provistas por la comunidad verbal. Este tipo de seguimiento de reglas ocurre bajo el control de una historia de la correspondencia entre reglas y la forma en la que el mundo está hecho, independientemente de la formulación de la regla (Hayes et al., 1998). Las consecuencias son mediadas solo por el ambiente físico o social, en tanto que el dador de la regla es indiferente a si la persona sigue o no la regla. A este tipo de regla Skinner la llama “Advine” o consejo. Algunos ejemplos de esta regla son los anuncios de “no pisar” sobre el césped, todas las instrucciones escritas como promesas de auto-superación, manuales de pérdida de peso, de cocina, electrónica o mapas. Según los autores, el tránsito del Pliance al Tracking es necesario para generar un comportamiento sensible a las contingencias naturales y no fomentar únicamente la sensibilidad a las consecuencias mediadas por otros, ya que este tipo de reglas disponen de una oportunidad para que el comportamiento caiga bajo el control de las contingencias naturales, como sucede con el seguimiento de reglas de un juego, en el cual el niño se divertirá tras haber seguido la regla. Como las contingencias son siempre inmediatas y en humanos verbales su valor está otorgado por la función verbal provista a las mismas o equivalentes de acuerdo a la historia personal, el tránsito desde el ajuste a las contingencias primarias hasta un ajuste del valor que tienen las

contingencias a otros niveles en otros momentos es un proceso paulatino. En este proceso el ajuste se realiza partiendo de lo más inmediato, pero introduciendo palabras cuya función permite alterar el valor de lo inmediato y así, se vuelve posible el rastreo de consecuencias deseables aunque no sean inmediatas. En suma, para estos autores, es la regla la que altera las funciones del momento, haciendo que una persona, por ejemplo, en lugar de ver la televisión, se ponga a estudiar para el examen. En este caso, la persona, al colocar el “aprobar” en relación a la forma “si...entonces” que contienen la equivalencia entre “estudiar” y “aprobar”, las funciones de “aprobar” transforman el valor de los estímulos presentes haciéndolos menos relevantes y realzando el poder discriminativo de los libros para estudiar. Sólo si los arreglos sociales son múltiples, sucesivos y parsimoniosos por parte de los hablantes y a la par de los oyentes de la comunidad verbal, se llega a producir el tracking de un rasgo más complejo como los que definen la conducta moral.

El tercer tipo es el “Augmenting”, el cual se define como un seguimiento de reglas bajo el control de cambios en la capacidad de los eventos para funcionar como reforzadores o estímulos aversivos, distinguiéndose los alteradores formativos y los motivadores (Hayes et al., 1998). Los alteradores formativos establecen funciones a estímulos neutros, mientras que los motivadores alteran la efectividad reforzante de los estímulos con funciones previamente establecidas. Las reglas Augmentals interactúan con el Pliance y el Tracking cuando forman simbólicamente nuevos reforzadores o estímulos aversivos y cuando cambian el valor que pudieran disponer ciertas consecuencias. Los Augmentals son el análogo relacional del reforzamiento condicionado en tanto que el Pliance y el Tracking no requieren condicionamiento o reforzamiento. Cuando uno de los miembros de la clase de equivalencia tiene una función, los otros también disponen de ella sin importar si esa función se adquirió antes o después de formar la clase de equivalencia. Los estímulos o las consecuencias que adquieren un valor reforzante o aversivo por esta vía (derivada o relacional) se denominan técnicamente reforzadores verbales y estímulos aversivos verbales (o relacionales) (Hayes y Wilson, 1995). Por ejemplo, como señalan los autores, si la palabra valentía está en relación de equivalencia con otras como honradez o éxito y en algún momento la palabra valentía adquiere funciones reforzantes, ocurre que si alguien dice “en estos momentos hacer X es de valientes” esta regla puede actuar como un Augmental generando una motivación nueva en torno a hacer X, permitiendo que ciertas consecuencias estén simbólicamente presentes en tal situación aún sin haber

hecho todavía X.

Poppen (1989) se refiere a esta tercera clase de reglas como reglas “de congruencia” (“Congruence”) y “de contrariedad” (“Contrants”). Las consecuencias son mediadas por el dador de la regla y por el ambiente. Cuando las consecuencias administradas por los dos tipos de fuentes entran en conflicto se le llama de contrariedad, en este caso, un agente administra reforzamiento y otro, un castigo. Por ejemplo, el alumno modelo puede ganar la aprobación de sus padres, pero ser desaprobado por sus compañeros.

Entre otros tipos de clasificaciones de reglas propuestas, Pérez (2004) señala que según las consecuencias que estén operando, una regla puede ser: (1) de cumplimiento, por cumplir con lo que se le pide, como obediencia o conducta generalizada de cumplimiento social; o (2) de seguimiento, al margen de obedecer socialmente, su conducta obedece a contingencias naturales, debidas al funcionamiento del mundo; es decir, se trata de un ajuste al funcionamiento de la realidad. También añade otra clasificación, en caso de que opere por: (1) sus consecuencias próximas, inmediatas; o, (2) por sus consecuencias últimas, a largo plazo.

Estas clasificaciones, basadas en las consecuencias, aunque destacan importantes características de las reglas, no son las más adecuadas para el trabajo que estamos realizando porque, al igual que la clasificación de Skinner, es muy difícil identificar inequívocamente estos tipos de reglas dentro del discurso del terapeuta, ya que no podemos saber si el cliente está siguiendo la regla por obedecer al terapeuta o por alguna otra razón.

Partiendo de un punto de vista más general, Chase y Danforth (1991) identifican dos tipos de características primordiales de una regla enunciada por el hablante: la descripción y la prescripción; y formulan dos tipos de regla de acuerdo a cada cualidad: (1) las reglas descriptivas, las cuales describen una relación que implica generalidad o regularidad y (2) reglas prescriptivas, que describen una relación que debe ser guiada por la conducta del escucha.

La atención a estas cualidades ya había sido notada, dos años antes, por Reese (1989) quien distingue las (1) reglas descriptivas (“normal rules”) y (2) reglas prescriptivas (“normative rules”), que también coinciden con las dos cualidades de la regla: la generalidad y la prescripción. De tal modo que una regla descriptiva es una generalidad o, bien, la descripción de una regularidad en la naturaleza (“mando” para

Skinner; “ply” para Zettle y Hayes); y una regla prescriptiva, una guía a seguir (“tacto” para Skinner, un “track” para Zettle y Hayes).

La principal diferencia entre una regla descriptiva y una regla prescriptiva es una diferencia temporal. Mientras que una regla descriptiva está dictaminada por el presente (por lo que es), una regla prescriptiva lo está por el futuro (por lo que debe ser). La regla descriptiva, al describir una regularidad, se refiere al evento antecedente y el evento subsecuente como lo hace una fórmula física. La regla prescriptiva gobierna una predicción y funciona como un estímulo que promueve una conducta respondiente o que ocasiona una conducta operante, bajo ciertas condiciones contextuales concretas como las reglas morales, prácticas o judiciales.

Además, este autor también plantea la posibilidad de que una regla de un tipo se pueda convertir en una distinta. Se plantea que si una regla prescriptiva se muestra siempre en una conducta, puede ser designada como una regla descriptiva. Ahora, cuando una descripción de una regularidad o regla descriptiva controla la conducta, se ha convertido en una regla prescriptiva. Pérez (2004), además de estos dos tipos de regla, contempla las reglas “Alterativas”, las cuales especifican un estado especial de cosas, de tal forma que aumenten la función de los estímulos implicados.

Ahora bien, atendiendo a la crítica de Ribes, Moreno y Martínez (1998) a la clasificación de Chase y Danforth, la regla prescriptiva no podría ser una regla porque tiene la restricción de la especificidad de una situación, característica de una instrucción. Lo mismo sucede con el tipo de regla prescriptiva de Reese y de Pérez. Entonces, esta clasificación no nos sirve porque estaría combinando en un mismo concepto, cualidades de una instrucción y de una regla, lo cual pretendemos diferenciar en la definición que expondremos posteriormente.

Con el fin de conformar una taxonomía de reglas desde una perspectiva del desarrollo que fuera capaz de reconocer la habilidad del individuo para generar o derivar una regla desde su propio repertorio previamente aprendido a través de relaciones de estímulo, Peláez y Moreno (1998) formulan cuatro dimensiones. Estas dimensiones son: (1) Explicitación, que se refiere a la especificidad de la regla con respecto a las contingencias expresadas por el hablante; es decir, depende de la completitud de las contingencias expresadas, ya que sus elementos pueden estar explícitos o implícitos; (2) Exactitud o grado de veracidad, que describe la correspondencia existente entre las contingencias expresadas en la regla y aquellas encontradas en el contexto (las reglas clasificadas como verdaderas declaran una

contingencia que ocurre, mientras que una regla falsa, una contingencia que no ocurre); (3) Complejidad, que es el número de dimensiones (son características o atributos de los estímulos) de los estímulos antecedentes y sus relaciones; y, por último, (4) Procedencia, la cual se refiere a si la regla es dada por otros o por el mismo sujeto (Herrera et al. 2001).

Aunque algunas unidades de esta clasificación bien podrían adecuarse a lo que entendemos por regla, dado el contenido de lo que pretendemos estudiar, otras de las unidades son inadecuadas como por ejemplo la “procedencia”, ya que, en este trabajo, toda regla será enunciada por el terapeuta; o “complejidad”, unidad que sería importante si estuviésemos estudiando adquisición y desarrollo del lenguaje, en dónde es importante la adquisición de un nivel cada vez más complejo en las verbalizaciones, pero durante el proceso clínico no es el nivel de complejidad lo que se pretende desarrollar en el cliente, sino la adquisición de una conducta cada vez más adaptativa. Por tanto, si lo que se estudia es el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje, esta clasificación aportaría bastante, sin embargo, desde la clínica, las aportaciones que brinda son limitadas.

Aparte de las diferentes clasificaciones señaladas por Pérez (2004), este autor también señala otras tipologías teniendo en cuenta criterios un tanto más genéricos. Una de éstas se basa en la clasificación de reglas que regulen y conformen el comportamiento colectivo, donde las contingencias particulares estarían subsumidas en un principio general. Se trata de reglas según objetividades culturales o costumbres locales. Así, ponerse el abrigo para salir podría responder, más que nada a un principio de vigencia cultural como podría ser “ande yo caliente, ríase la gente”, un refrán. Por otra parte, también las reglas podrían clasificarse de acuerdo a su consecuencia de alterar a otras reglas, en cuyo caso podrían ser reglas de conducta o reglas de reglas.

Aunque no pretendemos establecer una clasificación según objetividades culturales o costumbres locales, es importante considerar este tipo de verbalizaciones como una manera posible de enunciar una regla. Del mismo modo, es importante prestar especial atención a aquellas reglas que pueden contener otras reglas.

Además de los inconvenientes particulares de todas las clasificaciones anteriores, en su mayoría, se mezclan funciones instructoras dentro del concepto de regla. Citando a Ribes, Moreno y Martínez (1998), por definición, una regla describe una generalidad o regularidad, lo cual la diferencia de una instrucción en dónde rige el contexto situacional. Por esta razón, hemos decidido desarrollar una clasificación de

reglas con la cual seamos capaces de discriminar los distintos modos en los que participa dentro de la terapia y de esta manera, ser capaces de identificar si alguna característica de la regla se relaciona con un momento o actividad específico de la terapia.

### **3. CONCLUSIONES SOBRE EL CONCEPTO DE REGLAS**

Aunque la mayoría de los analistas conductuales están de acuerdo en distinguir una regla de un estímulo discriminativo, se mantiene hoy en día una fuerte discusión sobre si la definición de regla debe tomar en cuenta sus propiedades funcionales, formales o ambas.

En cuanto a las aportaciones de las propiedades funcionales, podemos destacar que una verbalización puede ser clasificada como regla si puede ser comprendida por un escucha verbal y pueda alterar una contingencia. Sin embargo, al hacer un análisis de la conducta dentro de la sesión terapéutica, nos enfrentamos con un problema para la identificación de reglas en el cliente, ya que es muy difícil determinar si una verbalización del terapeuta ha alterado una contingencia del cliente. Por tanto, lo único que podemos determinar es que las reglas emitidas por el terapeuta son sólo reglas para él, puesto que sólo describen relaciones de contingencia de su propia historia de aprendizaje.

Con respecto a las propiedades formales, podemos destacar que nos pueden ayudar a configurar criterios para identificar las reglas que se emitan durante la terapia sin caer en errores provocados, por ejemplo, por considerar que ciertos elementos están implícitos, aunque no se pronuncien.

Por otra parte, uno de los puntos más importante abordados en esta parte es la de diferenciar el concepto de regla y de instrucción. De tal forma que una regla se refiere a la generalidad o regularidad de una conducta y puede aplicarse a diferentes situaciones; en tanto que una instrucción está confinada por los límites de la situación. Y, que una regla se refiere a contingencias descritas a través de la experiencia, cuando una instrucción no requiere de hacer alusión alguna a la experiencia. De esta forma, las reglas del terapeuta son sólo reglas para el terapeuta, y las del cliente son sólo reglas para el cliente. Gracias a la distinción entre lo que comprende una regla y una instrucción será posible la delimitación cada vez más específica de lo que se pretende

estudiar cuando hablamos de reglas, lo cual tendrá mejores beneficios para el análisis de lo que sucede en terapia.

Ahora bien, la polémica en torno al estudio de las reglas no sólo se ciñe a lo que debe comprender el término de regla, sino también incluye un debate todavía más profundo, en el cual se discute la relevancia del concepto de regla.

### **3.1 Críticas al concepto de conducta gobernada por reglas**

Para algunos autores, la distinción entre conducta gobernada por reglas y conducta moldeada por contingencias carece del gran valor que se le supone. Por ejemplo, Bentall, Lowe y Beasty (1985), Brownstein y Shull (1985) Schnaitter (1977) sostienen que la gobernancia por regla no implica la existencia de ningún principio analítico diferente de los involucrados en el moldeamiento por contingencias. Estos autores advierten que la adquisición de la conducta verbal es, en sí misma, una función de contingencias de reforzamiento y, por tanto, el desarrollo de la conducta gobernada por reglas y su mantenimiento son también dependientes del reforzamiento.

Algunos prefieren el término de “control instruccional” como Cerutti (1989), cuando el control es ejercido por las instrucciones. Este autor, por razones etimológicas, prefiere el término de instrucción y control instruccional, porque se acerca más al significado de la palabra “construir”, término que el autor considera más afectivo para hablar del control que dichas descripciones verbales ejercen. Otra de las razones de esta preferencia es que la conducta gobernada por reglas también está expuesta a las contingencias, ya que la distinción que hizo Skinner entre conducta moldeada por las contingencias y la gobernada por reglas, se refiere a la fuente de control pero no a la ausencia de contingencias.

Dado que el fin de este trabajo es delimitar lo que se entiende por “regla” y estudiar su papel dentro de la terapia, nos mantendremos ajenos a este debate, aunque estemos de acuerdo en que la conducta gobernada por reglas puede explicarse por los mismos principios como cualquier otra conducta y optamos por buscar una definición de regla, que desde una perspectiva descriptiva, se ajuste al contexto clínico.

### **3.2 Nuestra definición de regla**

Nuestro objetivo es estudiar aquellas verbalizaciones del terapeuta que resumen en una frase su conocimiento relacionado con la problemática del cliente, actuando

como una especie de guía o camino a seguir. Sin embargo, no existe una definición de regla que delimite las verbalizaciones que pretendemos estudiar desde el contexto clínico, por lo que es necesario desarrollarla para tal fin.

Las aportaciones antes vistas, que nos ayudarán a redefinir lo que entenderemos por regla, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Una regla no es solamente un simple estímulo discriminativo.
- Una regla involucra tanto el papel del hablante como el del escucha.
- Dadas las circunstancias de nuestra investigación, la posibilidad de que una regla emitida por el terapeuta esté constituida por un sólo elemento descrito puede desembocar en interpretaciones subjetivas que admitan, como supuestas reglas, verbalizaciones que no lo son.
- Una regla debe ocurrir con independencia de sus consecuencias inmediatas y permitir anticiparse a contingencias no presentes. La verbalización en cuestión debe permitir la posibilidad de anticiparse a contingencias no presentes en la situación terapéutica para que sea aplicado fuera de este contexto.
- La regla sugiere control de una gran variedad de circunstancias y describe una generalidad o regularidad; una instrucción, describe una especificidad de una situación. De este modo, las reglas del terapeuta deben marcar un camino a seguir que no se agote en un sólo ejemplo, sino que pueda ser generalizado a diferentes situaciones en las que el cliente pueda aplicar la regla. Una instrucción, proporcionada por el terapeuta, sólo puede ser aplicada en una situación concreta y bien delimitada.
- Una regla se refiere a las contingencias descritas que se formulan a través de la experiencia; y la instrucción, a las contingencias que se formulan sin experiencia. En este caso, las reglas que estudiaremos son del terapeuta, lo cual no quiere decir que también lo sean para el cliente. Para que las reglas del terapeuta se conviertan en reglas para el cliente, éste tiene que ser capaz de formular las contingencias, destacando sus relaciones generales, por las cuales se condujo o se conducirá. Sin embargo, en este estudio nos ocuparemos solamente de las reglas del terapeuta, ya que el estudio de las reglas en el cliente requiere de un trabajo posterior.

Teniendo en cuenta que la definición que buscamos es de carácter general y descriptivo, en el marco de nuestra investigación, esta definición debe señalar que una regla: (1) debe describir contingencias de la experiencia y el conocimiento del terapeuta; (2) debe ser aplicada a distintas situaciones a las que se enfrente el cliente; (3) debe estar asociada a una gran variabilidad de conductas; y (4), a respuestas en las que no se controla la aparición del reforzador, es decir, a respuestas no inmediatas. Por tanto, la definición de regla que pensamos más adecuada a nuestro estudio es la siguiente: “la expresión de las contingencias de la experiencia y el conocimiento del terapeuta subsumidas en un principio generalizable a diferentes situaciones relacionadas con la problemática general del cliente, asociado a una gran variabilidad de conductas no inmediatas, sino diferidas, para las cuales no se controla la aparición de las consecuencias”.

Por otra parte, las clasificaciones que se han propuesto hasta ahora no parecen adecuadas para estudiar las verbalizaciones que consideramos reglas en la sesión terapéutica. Por esta razón, será necesario formular una nueva clasificación que sea adecuada para este tipo de verbalizaciones y sea lo suficientemente sensible para captar las diferencias que se produzcan a través del proceso terapéutico.

A continuación presentamos el resumen de lo que ha consistido el estudio de las reglas desde el campo clínico. Resumen que permitirá una mejor comprensión de lo que intentamos analizar en esta investigación valiéndonos del concepto de regla que acabamos de presentar.



## CAPÍTULO III

### *LA CONDUCTA GOBERNADA POR REGLAS EN LA CLÍNICA*

---

El objeto de la terapia de conducta ha sido descrito por diversos autores que resumen el quehacer terapéutico, prestando especial interés a unos u otros posibles aspectos involucrados. Wolpe (1969/1977), por ejemplo, afirmaba que el fin de la terapia es debilitar y eliminar los hábitos inadaptados e iniciar y fortalecer los adaptados; Kazdin (1978/1983) que se trata de resolver los problemas tanto de índole personal como social y de mejorar el funcionamiento humano en general; Rimm y Masters (1974) que el objetivo es emplear principios psicológicos, especialmente de aprendizaje, para tratar la conducta humana desadaptada; Mayor y Labrador (1984) que se trata de eliminar conductas desadaptadas, sustituyéndolas por otras y para enseñar conductas adaptadas cuando éstas no se han producido; Sheldon (1996) que se busca cambiar la conducta problemática modificando las consecuencias ambientales, debilitando las asociaciones condicionadas previas, ofreciendo modelos de solución de problemas y conductas interpersonales más efectivas y cambiar el modo en que un estímulo es reconocido e interpretado en un primer momento; y Pérez (2011), que se trata de lograr desenredar y orientar la vida del cliente. Parece que el punto común en estas propuestas es la idea de un aprendizaje por parte del cliente hacia nuevas formas de comportamiento más adaptativas. La discusión se dirige entonces a desvelar qué es lo que el cliente aprende y qué hace el terapeuta para que el cliente aprenda. Para muchos autores, el concepto de regla puede representar una clave fundamental.

En principio, subyacen dos razones conceptuales básicas que justifican la gran relevancia que se le ha dado al estudio de las reglas en el campo clínico: por un lado, que el concepto de regla permite explicar cómo el cliente puede aprender ciertas conductas sin necesidad de tener que exponerse a las contingencias directas, puesto que una regla, a diferencia de una señal arbitraria que requiere entrenamiento específico para discriminar, emplea estímulos verbales para establecer una conducta (Poppen, 1989). Y, por otro lado, que el concepto de regla permite explicar cómo el terapeuta

guía la conducta del cliente para que atienda a las contingencias mediatas de sus conductas, en lugar de sólo atender a las consecuencias inmediatas o situacionales que mantienen las conductas problema. Aunque está clara esta función teórica de una regla, resta explicar si las reglas, tal y como se entienden según las diferentes propuestas definicionales, pueden explicar el aprendizaje de una nueva forma de comportamiento por parte del cliente. Y si es así, cuál es exactamente su contribución. Es decir, ¿qué papel juega el concepto de regla en el cambio clínico?

Responder a esta pregunta exige un proceso de análisis que está lejos de poder ser abordado completamente en este trabajo de investigación, pero se pueden aportar las bases que guíen el estudio de las reglas durante el proceso terapéutico y en un futuro sean capaces de dar una respuesta.

De esta manera, en primera instancia, es necesaria una revisión de las formas en las que, directa o indirectamente, se ha intentado dar una respuesta. En este sentido, los datos recogidos a través de este recorrido bibliográfico pondrán de manifiesto los avances y las cuestiones pendientes de abordar, material con el que intentaremos una primera aproximación. En cualquier caso se cuenta con un importante punto contra el cual luchar para poder dar respuesta a esta pregunta: el solapamiento conceptual entre el término de instrucción y de regla, heredado de la investigación básica y señalada en el capítulo anterior. Aun así, intentaremos mostrar los estudios que se han realizado con el menor grado de confusión posible entre el concepto de regla e instrucción.

## **1. TRATAMIENTO Y EXPLICACIÓN DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS**

Según algunos investigadores, el concepto de regla es importante para entender o explicar los problemas psicológicos (Plaud y Plaud, 1998; Sturmey, Ward-Horner, Marroquin, Doran, 2007) y, también, un amplio rango de procedimientos de intervención para la clínica (Sturmey, Ward-Horner, Marroquin, Doran, 2007). De hecho, se ha argumentado que la mayoría de las estrategias incorporadas en la terapia cognitiva pueden ser interpretadas como un intento por enseñar al individuo una formulación de reglas apropiadas (Zettle y Hayes, 1983).

Muchas investigaciones se han realizado teniendo en cuenta estos supuestos. A continuación presentamos los principales estudios que consideran que las reglas forman

parte de la explicación y, consecuentemente, del tratamiento de los problemas psicológicos.

### **1.1 Estudio de las reglas de acuerdo a problemas específicos**

Aunque no la más prolífica, aquella que se centra en el estudio de las reglas de acuerdo a problemas específicos sí ha sido el tipo de intervención más común. La mayoría de estas investigaciones se han enfocado al estudio de la depresión, y aunque en este campo, se han desarrollado programas de auto-manejo terapéutico encaminados a mejorar la auto-supervisión, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento (Rehm y Rokke, 1988), la gran parte de los estudios se centran en la relación entre la insensibilidad a las contingencias y la depresión (Baruch, Kanter, Busch, Richardson, Barnes-Holmes, 2007; McAuliffe, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2004).

Otra línea de investigación que destaca la importancia de las reglas en el proceso terapéutico es la de los trastornos de alimentación. En este campo se ha señalado la importancia de identificar las reglas que rigen las conductas alimenticias para el tratamiento de los trastornos de la alimentación (López, Muñoz y Ballesteros, 2005) y se estacan, principalmente, aplicaciones relacionadas con el análisis de la conducta gobernada por reglas como (1) informar acerca de las consecuencias de conductas aversivas de comer; (2) informar acerca de la importancia del incremento gradual de cantidad de comida; (3) desarrollar alternativas a las actividades físicas del cliente para que no se centre en la comida y en el comer. Durante el tratamiento, Lappalainen y Toumisto (1999) señalan que habrá que poner especial atención a los efectos que el terapeuta describa en la regla, ya que estas reglas pueden estar en conflicto con la historia de reforzamiento del individuo. Por ejemplo, el terapeuta podría decirle al cliente que se sentirá mejor si come, pero la experiencia del cliente es la contraria. En estos casos, según los autores, es mejor informar verazmente al cliente de las consecuencias, aunque éstas sean aversivas y encontrar junto con el cliente algunas estrategias para reducir el estado aversivo.

Aunque menos prolíficas, algunas investigaciones se han centrado en los beneficios del estudio de la conducta gobernada por reglas en el tratamiento del dolor (Gutiérrez y Luciano, 2006), del trastorno de personalidad (Cuper, Merwin y Lynch, 2007) y de la pedofilia (Plaud y Newberry, 1996) o en encontrar una relación ente los

problemas de ansiedad y la insensibilidad a las contingencias producida por reglas (Norberg, 2006).

Por el contrario, en otros trastornos no se presentan estos beneficios con tanta claridad. En trastornos psicóticos se han encontrado muy bajos efectos para disminuir la conducta verbal delirante (Wincze, Leitenberg, Agras, 1970). Y también, que los sujetos esquizofrénicos, en general, presentan especiales dificultades en el seguimiento de reglas (Levitz y Ullman, 1969; Letchworth, 1966).

De manera general, en la mayoría de estos estudios persiste la confusión entre el concepto de regla y el de instrucción, de tal modo que los hallazgos encontrados no se corresponden con lo que entendemos por reglas y, por tanto, no podemos considerar, sin lugar a dudas, que las reglas tienen un papel importante sólo para cierto tipo de problemas psicológicos.

## **1.2 Estudio de las reglas según su tipo**

Además de estas explicaciones, Torneke, Luciano y Valdivia (2008) sugieren que diferentes problemas psicológicos pueden explicarse por medio de la interacción del individuo con un tipo especial de regla. Estos tipos de conducta gobernada por reglas son el Pliance, Tracking y Augmenting (Hayes, Strosahl y Wilson, 1989; Torneke, Luciano y Valdivia, 2008).

Como ya hemos dicho, Pliance es una conducta gobernada por reglas que está principalmente bajo el control de consecuencias aparentes del hablante mediadas por una correspondencia entre la regla y la conducta relevante (Hayes et al., 2001; Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989; Zettle y Hayes, 1982). Según Torneke, Luciano y Valdivia (2008) los individuos que muestran un Pliance generalizado se caracterizan por su fuerte susceptibilidad al capricho social. Se trataría de personas que continuamente buscan el reforzamiento y evitan el castigo por medio de complacer a otros, por lo que las consecuencias no son importantes y/o contactadas en tanto que no sean las mediadas por otros. Los autores advierten que hay ocasiones en las que no es tan fácil determinar si se trata de un Pliance, tal como sucede con las conductas contrarias a los designios sociales establecidos por la regla. Un ejemplo de este caso es un joven que hace lo contrario a lo que el policía acaba de decir que se haga para agradar a sus compañeros que festejan su rebeldía. De este modo, aunque se tratara de una conducta topográficamente diferente, sería otra forma del mismo problema funcional.

Cuando este tipo de regulación verbal es predominante en el repertorio de los individuos, los problemas surgen porque las consecuencias provistas por otros no son tan predecibles y controlables como otras fuentes de reforzamiento. Por ejemplo, una persona que escucha a los demás porque espera que los otros hagan lo mismo con él, se encontraría continuamente frustrado porque no siempre resulta lo que espera. Dada la variedad de circunstancias sociales a las que una persona es expuesta, es muy probable que esta persona no obtenga la experiencia de “ser aprobado por otros” tanto como lo requiere. En consecuencia, la persona se verá encerrada en el ciclo de necesitarlo, no obtenerlo, necesitarlo más y volver a intentar conseguirlo.

Según los autores hay una mayor variedad de problemas relacionados con el Tracking. Este tipo de conducta gobernada por reglas, está bajo el control de la correspondencia aparente de la regla y del modo en el que el mundo está ordenado (Hayes et al., 2001; Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989; Zettle y Hayes, 1982). Un primer problema se origina cuando el tracking se aplica a contextos en los cuales no puede funcionar. Por ejemplo, cuando un sujeto se repite la regla “trabajaré muy duro para ser espontáneo” se verá continuamente frustrado en un bucle sin salida porque, por definición, ser espontáneo no puede estar bajo el control de reglas, ya que perdería precisamente su cualidad principal. Esto mismo sucedería cuando la conducta y sus consecuencias especificadas en la regla son incompatibles con el seguimiento de la regla. Por ejemplo, el intentar seguir la regla “no deberías seguir reglas”.

Otro problema se origina cuando el Tracking es inexacto y, por tanto, el seguimiento de reglas no concuerda con la consecuencia específica. Así, el seguimiento de reglas incompletas no suele mantenerse por mucho tiempo porque sus consecuencias se muestran inefectivas. Por ejemplo, la regla “con el fin de recobrar mi movilidad, tras el accidente, debo evitar mi dolor” ocasionará problemas porque el dolor es una parte del proceso de curación. Lo que sucede es que al reforzar las consecuencias a corto plazo (no hacer ejercicio-no dolor) se bloqueará el tracking a las consecuencias a largo plazo (hacer ejercicio, tener dolor, curación), de manera que habrá menos recuperación. Esto se ha conocido como “loops extraños” en los cuales el Tracking efectivo a corto plazo no es efectivo a largo plazo. Este efecto paradójico se señala como efecto central en muchos problemas clínicos como la ansiedad, depresión y adicciones. Por ejemplo, una persona que sufre de ansiedad y sigue la regla “no puedo salir porque sentiré mucha ansiedad”, obtiene un refuerzo a corto plazo, pero si sigue esta regla por mucho tiempo,

a largo plazo obtendrá un efecto opuesto porque la ansiedad social se reforzará y se sentirá cada vez más deprimida.

El Augmenting es la conducta gobernada por reglas que, en lugar de especificar las consecuencias o contingencias, como el Pliance o el Tracking, cambia el valor del reforzamiento de las consecuencias especificadas en la regla (Hayes et al., 2001; Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989; Zettle y Hayes, 1982). El problema central del Augmenting sería el incremento de la insensibilidad al cambio de las contingencias cuando interactúa con el Pliance o el Tracking. De este modo, en tanto más abstractas sean las consecuencias controladoras, más difícil será contactar con las consecuencias directas. Por ejemplo, como sucede con el Pliance generalizado, en el que las acciones específicas de hacer o decir lo que otros hacen o dicen, se ligan a las consecuencias abstractas de “ser una persona adorable”. En tal caso, el “ser una persona adorable” se vuelve la recompensa fundamental para el individuo, haciendo que rechace toda conducta que no sea obedecer a los demás.

Por esta razón, el Augmenting se relaciona con el trastorno de “evitación experiencial”, el cual se ha descrito como la indisposición para permanecer en contacto con experiencias privadas como pensamientos, sentimientos o recuerdos, tratando de escapar de ellas (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989). Por esta razón, el Augmenting ha sido clasificado como el punto central de la emergencia y mantenimiento de los problemas psicológicos, que guía la actuación terapéutica en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Los autores sugieren que la intervención estaría ligada a contrarrestar el efecto de la evitación experiencial, destruyendo las regulaciones verbales perjudiciales. Este tipo de intervención también se sigue cuando existe una generación o seguimiento de reglas excesivo, el cual explicaremos a continuación. La propuesta de los autores de la ACT y del trastorno de evitación experiencial respecto a las reglas la explicaremos ampliamente en el siguiente apartado.

Aunque esta propuesta también trata como regla lo que nosotros entendemos como instrucción, destaca dos puntos interesantes para nuestra investigación. Por un lado, contempla la relación entre el grado de abstracción de una regla que está teniendo consecuencias negativas y la gravedad del problema. Por otro lado, también intenta explicar por qué el cliente no presta atención a los efectos a largo plazo.

### 1.3 Estudio de las reglas de acuerdo a un exceso o falta de ellas

La gran mayoría de las investigaciones sobre reglas dentro del contexto terapéutico han sido abordadas desde la perspectiva propuesta por el grupo de Hayes. Según ésta, las reglas son un principio fundamental para explicar la conducta verbal. De manera general, estos investigadores han señalado que los problemas psicológicos se crean a raíz de un excesivo seguimiento o elaboración de reglas o, por el contrario, una falta de las mismas. Según estos autores, cuando la generación y el seguimiento de reglas son muy fuertes, el comportamiento que se logra puede ser descrito como obsesivo, ansioso, rígido o insensible. Pero el principal problema de esta dependencia de las reglas es que el sujeto puede desarrollar el antes citado trastorno de “evitación experiencial” (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989). Este “trastorno” se adquiere mediante un reforzamiento negativo a corto plazo por escapar o evitar los eventos aversivos públicos, lo cual puede llevar al individuo a generalizar dicha evitación hacia los eventos privados negativos. De este modo, por ejemplo, la persona que vive bajo el “mantra”: “para tener una vida exitosa, debo controlar mis emociones”, quizá pueda ser exitosa a corto plazo al evadir emociones negativas, pero a largo plazo podría desarrollar un problema depresivo (Baruch, Kanter, Busch, Richardson, Barnes-Holmes, 2007).

Otro problema relacionado a una excesiva formulación de reglas es el incremento de la insensibilidad a las contingencias (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989) que puede promover el desarrollo de distintos problemas psicológicos. Esto explicaría, según los autores, que una persona pueda mantener una conducta a pesar de sus consecuencias negativas. Por ejemplo, se ha encontrado una especial insensibilidad a las contingencias en sujetos con depresión (McAuliffe, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2004); también se ha encontrado una relación de este fenómeno con la bulimia nerviosa (Ghaderi, 2006). El mismo autor explica que es debido al fenómeno de la insensibilidad a las contingencias actuales el hecho de que algunos anuncios comerciales o dichos populares que promueven la delgadez extrema, por ejemplo, “Nunca puedes ser demasiado rico o demasiado delgado” pueden tener tanto efecto a pesar del continuo contacto con las contingencias negativas.

En este caso, el tratamiento que corresponde, según Hayes, Kohlenberg y Melancon (1989), es eliminar o hacer decrecer el control de reglas. Por ejemplo, los autores señalan que los obsesivos compulsivos no mejorarán reemplazando sus propias

reglas por las del terapeuta. En este sentido, las terapias efectivas son aquellas que enfatizan los efectos experimentales del aprendizaje, minimizando las pautas directas del terapeuta, incrementando el uso de ejercicios experienciales no verbales, haciendo uso de la metáfora y aplicando técnicas paradójicas con el propósito de disminuir la insensibilidad producida por los efectos verbales.

Otro ejemplo de tratamiento que persigue el mismo fin, es el moldeamiento social (Hayes y Ju, 1998). En un estudio desarrollado por Rosenfarb, Hayes y Linehan (1989) se mostraba la superación de las dificultades sociales experimentadas por clientes con una extrema rigidez y falta de espontaneidad a través de dos condiciones distintas. En una condición experimental, el terapeuta y el cliente generaban una nueva descripción acerca de la conducta social efectiva. En otra condición experimental, el terapeuta retroalimentaba la calidad global de la actuación del cliente en un role-playing sin hacer descripción alguna sobre las conductas. Los sujetos sometidos a la segunda condición experimental mejoraban más y presentaban una mejor generalización de los logros en situaciones fuera de la sesión que los sujetos expuestos a la primera. Según los autores, estos hallazgos comprobaban que el cambio de una regla por otra, en los clientes con problemas de exceso de reglas, no ayuda a su recuperación. Lo mejor en estos casos sería un tipo de intervención que anule toda exposición a reglas; por ejemplo, se sugiere el uso de metáforas. No obstante, este tipo de verbalizaciones llevan consigo una descripción de contingencias o reglas, ya que el contenido de una metáfora verbalizada por el terapeuta a propósito de la problemática del cliente, puede traducirse en una guía de conducta para el cliente, como sucede con la moraleja. Así, aunque se suponga que este tipo de intervenciones están completamente ausentes de reglas, contienen en mayor o menor medida el uso de éstas y aunque se pretenda renunciar a la elaboración de reglas, se están implantando nuevas. De esta forma, cabe preguntarse si en realidad no se trata de que la regla del cliente está siendo modificada por parte del terapeuta hasta hacerla cada vez más adaptativa.

Por otra parte, aún a pesar de lo que indican los hallazgos de estas investigaciones, el concepto de “insensibilidad a las contingencias”, como se ha señalado en el capítulo anterior, es un concepto bastante discutible, por lo que los supuestos derivados de estos estudios se encuentran también en entredicho. Bien podría ser que las reglas no causen esta insensibilidad y por tanto la relación mencionada entre un problema psicológico y un exceso de reglas no tendría sentido.

Además de señalar que los problemas psicológicos pueden estar relacionados con un exceso de conducta gobernada por reglas, los mismos autores también señalan que los problemas psicológicos pueden estar relacionados con una falta de conducta gobernada por reglas.

Esta dificultad en la generación de reglas o seguimiento de reglas puede observarse: (1) como una respuesta inadecuada debido a una formulación de reglas inexactas, no realistas o inefectivas; (2) como la dificultad en seguir reglas con consecuencias benéficas para el individuo; o, (3) como el seguimiento de reglas con consecuencias perjudiciales para el individuo (Hayes, Kohlberg y Melancon, 1989). Según apunta Barnes-Holmes et al. (2001), este problema se debe a: (1) que la respuesta descrita en la regla puede no estar en el repertorio de la persona; (2) que la regla puede ser provista por alguien con poca credibilidad desde la perspectiva del escucha; (3) que el reforzamiento para el seguimiento de reglas puede no estar disponible; y, (4) que la regla puede estar elaborada pobremente porque su red relacional es contradictoria o incoherente con la historia del escucha.

En este caso, el sujeto tiene problemas con su auto-manejo, formulación de auto-reglas en situaciones específicas y es sensible a las recompensas inmediatas, sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (Kanter, Cautilli, Busch y Bauch, 2005; Rehm 1979, 1989), por ejemplo, una persona que ha dejado de estudiar para un examen por irse a una fiesta, se sentirá deprimido cuando se entere que ha suspendido.

Cuando la generación de reglas y su seguimiento son débiles, Hayes y Ju (1998) proponen como medida de tratamiento un incremento del control ejercido por reglas. En este caso, la rigidez conductual es deseable como en los problemas para dejar de fumar, control de peso, conducta impulsiva o agresiva, etc.

Se señala que el incremento de la insensibilidad a las contingencias puede significar un tratamiento efectivo en los casos en los que se desea incrementar el seguimiento de reglas. Se supondría que la insensibilidad a las contingencias actuales producida por las reglas, podría lograr contrarrestar los efectos de la relación entre las contingencias sociales y el efecto inmediato de un objeto o evento. De hecho, Azrin y Hayes (1984) señalan que muchas formas de tratamiento establecen formas de insensibilidad sin advertirlo.

A pesar de ser respaldado por numerosos estudios, el fenómeno de la insensibilidad a las contingencias es muy discutible teóricamente por las razones a las que aludimos en el capítulo anterior. Y si las críticas a esta supuesta insensibilidad son

correctas, quizá el beneficio de lograr que el cliente atienda a las consecuencias a largo plazo de sus conductas no se deba al incremento de la supuesta insensibilidad, sino al cambio del contenido en las reglas del cliente.

Por otra parte, el grupo de Hayes plantea que para hacer que una conducta ampliamente controlada por las contingencias se convierta en una conducta controlada por reglas es necesario (1) evocar las reglas del cliente y (2) reforzar la correspondencia entre sus acciones y las reglas expuestas. Del mismo modo, el terapeuta también puede evocar y modificar las conductas gobernadas por reglas del cliente que considere perjudiciales. El cambio de una regla del cliente podría hacerse a través del Pliance o del Tracking. A través del Pliance, el terapeuta utilizaría las consecuencias mediatas de la conducta del cliente para establecer reglas de forma particular y después respondiendo a la conducta en esos términos; por ejemplo, mediante la regla “no deberías decir debería” (Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989). A través del Tracking, el terapeuta dispondría situaciones para que el cliente pueda hacer contacto con las consecuencias naturales de sus reglas; por ejemplo, las tareas que “prueban” cogniciones, como se utiliza en la terapia de Beck.

De un modo más general, se plantea que la intervención ideal tanto en casos de un exceso o falta de reglas es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), terapia a la cual Hayes y sus colaboradores se adscriben. En esta terapia, en lugar de intentar cambiar los eventos privados o las auto-reglas, se propone intentar contextualizar las reglas para alterar su función sin alterar su forma o frecuencia. Esto se logra estableciendo una comunidad verbal de dos, en la que se desenfatisa el significado literal y las razones de una regla y se enfatiza la aceptación emocional y cognitiva.

En la etapa temprana de la ACT, se crea un estado de “desesperanza creativa” en la que el cliente comienza a ver sus soluciones como imposibles de llevar a cabo y, como consecuencia, ya no tiene reglas por seguir. Al mismo tiempo se intenta inhibir el significado literal de diversas formas de control verbal perjudiciales a las cuales el cliente ha sido entrenado por él mismo y por su comunidad. Por ejemplo, se intentaría quitar el significado literal de una frase como “no debo pensar en que no puedo ir al mercado”, que el cliente se repite continuamente para intentar no pensar en que no puede ir al mercado, porque este tipo de reglas, al especificar su objetivo, provocan los pensamientos que se desean eliminar. En este caso, los terapeutas de la ACT le proponen expresar “estoy teniendo el pensamiento de que no puedo ir al mercado” en

lugar de “No puedo ir al mercado”. De esta forma, se le enseñaría al cliente a adoptar una particular forma verbal que enfatiza la naturaleza del proceso verbal.

En etapas finales, una vez debilitadas las formas convencionales de control de reglas orientada a eventos privados, se busca el control verbal hacia el cambio de comportamiento valorado. Entonces, se formulan compromisos verbales y se practican. En resumen, la ACT intenta establecer una discriminación entre auto-reglas que no pueden ser seguidas efectivamente, como es el caso de reglas de evitación emocional, y auto-reglas que pueden seguirse efectivamente y que al seguirse conllevan consecuencias positivas.

A pesar del importante número de investigaciones que intentan demostrar la validez de estos planteamientos, algunos estudios reflejan una falta de coherencia en la propuesta de que la falta de reglas está relacionada con el desarrollo de ciertos problemas psicológicos. En este sentido, se ha señalado que el déficit en la conducta gobernada por reglas puede contribuir a la depresión (Baruch, Kanter, Busch, Richardson, Barnes-Holmes, 2007), lo cual entra en contradicción con los datos de McAuliffe, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes (2004) en los que se encuentra una relación entre la insensibilidad a las contingencias, causada por un exceso de reglas, y la depresión.

Atendiendo a las diferentes explicaciones y contradicciones antes expuestas, no podemos pensar sin lugar a dudas que la cantidad de reglas emitidas o seguidas puede ser una variable determinante en el desarrollo de trastornos psicológicos. Por otra parte, el pensar la intervención como algo que debe depender del número de reglas con las que el cliente dirige su conducta, puede llevar a hacer una intervención que pase por alto el análisis funcional que debe estructurar la intervención psicológica y otorga singularidad a cada intervención.

#### **1.4 Estudio de las reglas de acuerdo a la falta de identificación y elaboración de las mismas**

Clavijo (2004) presenta otra propuesta alternativa para entender cómo se origina un problema psicológico, señalando que el concepto de regla es una descripción verbal de contingencias previamente experimentadas, tal como propone Ribes (2000).

El autor parte de la concepción de Staddon (1983, 2000) y Skinner (1981), según la cual el comportamiento presente de un organismo es siempre el resultado de su

adaptación conductual al medio ambiente. Tomando en cuenta estos argumentos, concluye que el comportamiento actual es el resultado de la manera en que se solucionaron los problemas encontrados en el pasado, de cómo fue la historia de interacción entre la variabilidad conductual disponible con las contingencias definidas en el ambiente. De hecho, propone que un síntoma, aún a pesar de los problemas que ocasiona a quien los sufre, es el resultado de un ajuste adaptativo, en el sentido darwiniano.

Clavijo considera que si se entiende la conducta gobernada por reglas como aquella en la cual la persona ha podido identificar y verbalizar cómo funciona el sistema de contingencias por las cuales se ha conducido, se puede explicar cómo una persona que padece un síntoma sufre aún a pesar de que dicho síntoma sea el resultado de una adaptación a su medio. Según el razonamiento de Clavijo, una persona sufre cuando debe adaptarse a una situación y no ha sido capaz de identificar y formular las reglas que operan en la misma.

Aunque parece una idea muy coherente, puede argumentarse que hay ocasiones en las que algunas reglas pueden hacer que una persona sea capaz de conseguir dirigir su vida, pero, por otro lado, que dichas reglas pueden traerles consecuencias que conlleven otros problemas. Por ejemplo, una persona que, al sentirse poco atendido en situaciones sociales, ha elaborado la regla de “la gente es poco interesante y le interesan cosas absurdas”, lo que seguramente consiga aliviar su malestar, es decir, le puede traer beneficios a corto plazo, sin embargo, a largo plazo, esta regla acabará recluyéndolo y alejándolo cada vez más del roce social. Por tanto, quizá no sólo valga el identificar y elaborar reglas, sino que también importa el contenido de la misma.

A pesar de la crítica anterior, parece muy relevante la directriz que Clavijo sugiere para el estudio de las reglas. Esta directriz apunta a estudiar las condiciones que favorecen la identificación y formulación de reglas que resuman las contingencias experimentadas por el cliente. En este sentido, sería muy interesante analizar si las reglas del terapeuta juegan un papel importante como una de estas condiciones.

### **1.5 Estudio de las reglas de acuerdo a la elaboración inefectiva o incorrecta de las mismas**

Una última postura para explicar los problemas psicológicos propone que éstos son provocados por la generación o seguimiento de reglas inefectivas o incorrectas

(Plaud y Plaud, 1998). Por ejemplo, un individuo con problemas de ansiedad, al notar que comienza a ponerse nervioso, se dice “sólo los débiles se ponen nerviosos en una situación igual, yo no soy débil, por tanto, tengo que dejar de ponerme nervioso”, lo que ocasiona que en lugar de mejorar su situación, empeore.

La razón de que estas creencias o reglas erróneas se mantengan es que en algunas ocasiones estas reglas sí se ajustan a las contingencias; es decir, que no están en total desacuerdo con las contingencias externas. Además, la propia consistencia con la regla puede ser reforzante en sí misma, porque al verbalizar estas creencias se pueden derivar beneficios como obtener atención de los demás, evitar responsabilidades, conseguir atención, apoyo, reaseguramiento o simpatía por volverse triste o victimizarse; o, porque las inconsistencias con la regla pueden no ser tan obvias cuando no están bien descritas (Poppen, 1989).

Sin negar la importancia de la construcción de hipótesis sobre la génesis y el desarrollo de los problemas psicológicos, en este trabajo no nos centraremos en ello. Ahora bien, aunque no nos interese plantear una hipótesis sobre la génesis de los trastornos, lo que es relevante para nuestra investigación es que las reglas, sean o no la clave del desarrollo de problemas psicológicos, juegan un papel fundamental en la conducta del cliente, lo cual justifica la importancia de plantearse el estudio del papel de las reglas dentro de la terapia.

## **1.6 El tratamiento a través del cambio de reglas**

Hasta ahora se ha planteado el papel de las reglas dentro de la terapia como un modo de intervención que puede o no aplicarse de acuerdo a diferentes circunstancias. Sin embargo, si atendemos al planteamiento según el cual las técnicas cognitivas conllevan el manejo de conductas gobernadas por reglas (Martin y Pear, 2007; Poppen, 1989) o que mucho de lo etiquetado como terapia cognitiva involucra cambios en la conducta gobernada por reglas (Plaud y Newberry, 1996; Rosenfarb, 1992), podemos pensar que las reglas tienen un papel en la terapia general y no sólo en determinados casos.

De manera general, desde una perspectiva conductual se ha aceptado que el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento es lo que, a grandes rasgos, da pie al cambio en terapia. Ahora bien, dentro de lo que abarca este cambio de comportamiento, el cambio en las verbalizaciones del cliente juegan un papel primordial, puesto que son una muestra de los cambios del cliente. Atendiendo a las correspondencias *decir-hacer*

(Luciano, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2002; Luciano, Herruzo y Barnes-Holmes, 2001) que pueden modificar otras conductas hasta el punto en que podría ser más fácil cambiar una conducta moldeando lo que un individuo refiere de sus conductas que moldeando directamente esas conductas (Catania, 1998), el cambio en el comportamiento del cliente está estrechamente ligado al cambio de sus verbalizaciones.

Ellis (1962) habla de un cambio en las ideas irracionales del cliente; sin embargo, el concepto de “idea irracional” ha sido muy criticado por encerrar un razonamiento tautológico (Haaga y Davison, 1993; Pérez-Álvarez, 1996; Salzinger, 1992). Una alternativa es considerar estas creencias problemáticas o ideas irracionales como reglas erróneas o afirmaciones inciertas sobre las contingencias a las que está expuesto el cliente (Martin y Pear, 2007; Poppen, 1989). Aun así, se puede objetar que aunque muchas de las creencias del cliente pueden estar erradas, el fin que se busca en terapia no es elaborar reglas acertadas, sino reglas que ayuden al cliente a encontrarse mejor. Por eso preferimos recurrir a la capacidad del comportamiento para facilitar la adaptación del individuo al medio en que vive. Cuando un comportamiento facilita la adaptación, se dice que se trata de un comportamiento funcional (Froján y Santacreu, 1999, entre otros) o adaptativo. De este modo, lo que se ha denominado cambio en las creencias irracionales o en los esquemas cognitivos se puede entender como un cambio en las verbalizaciones del cliente desde unas menos adaptativas a otras más adaptativas que dan pie al cambio del comportamiento manifiesto. Sin embargo, Clavijo (2004) piensa que el término de adaptativo no es del todo correcto, puesto que el comportamiento actual es el resultado de la manera como se solucionaron los problemas que se encontraron en el pasado, de cómo fue la historia de interacción entre la variabilidad conductual disponible con las contingencias definidas en el ambiente y, por tanto, que un síntoma puede ser resultado de una adaptación al medio. Tal como se mencionó anteriormente, el autor considera que lo que hace sufrir a una persona no es una falta de adaptación, sino que la persona debe adaptarse a una situación y no ha logrado identificar y formular las reglas que operan en la misma. El problema con esta idea es que no contempla por qué una regla por sí misma, es decir, por su contenido, puede ser una fuente de conflicto y, por tanto, de sufrimiento. Y por otra parte, es verdad que la conducta problema del cliente es el resultado de una adaptación a su medio, pero una adaptación sólo a corto a plazo, por lo que podría debatirse si esta respuesta es en realidad adaptativa.

Ante esta cuestión, Froján y Santacreu (1999), entre otros, añaden que se debe tomar en cuenta que un comportamiento adaptativo a corto plazo puede no serlo a largo plazo. Por tanto, podríamos afirmar que, durante la terapia, se busca conseguir verbalizaciones que sean cada vez más adaptativas a largo plazo. En este sentido, cuando decimos que se busca una regla cada vez más adaptativa, nos referimos a una adaptación a largo plazo.

Pero no sólo se busca conseguir reglas más adaptativas como reflejo del cambio logrado, sino que el mantenimiento del cambio conductual requiere no sólo que la persona se comporte adecuadamente, sino que sus reglas reflejen ese hecho (Poppen, 1989). La cuestión que se asoma, entonces, es determinar cómo se logra este cambio de reglas. Una propuesta es que se logra por medio del moldeamiento verbal.

Se ha planteado que durante el debate el terapeuta cambia la regla que ha descubierto y provee al cliente de nuevas reglas para hacer análisis más finos de las contingencias. De esta forma, se intenta que el cliente, en lugar de utilizar las formulaciones simplistas de “siempre y nunca”, sea capaz de discriminar y definir afirmaciones individuales de los eventos que ocurren. Los desafíos por parte del cliente al defender sus creencias, podrían funcionar como castigos, en tanto que el terapeuta intentará moldear y reforzar las afirmaciones de nuevas reglas (Poppen, 1989). El terapeuta cuestiona las creencias erróneas del cliente obligándolo a defenderlas al tiempo que refuerza, moldea y modela verbalizaciones referidas a nuevas reglas más adaptativas (Froján, Calero y Montaña, 2006; Poppen, 1989); por eso, el debate socrático se puede considerar como un ejemplo de moldeamiento verbal (Pérez, 1996). Pero, este cambio no sólo se da en esta técnica; recientemente, Ruiz-Sancho (2011) argumenta que el moldeamiento verbal tiene lugar en toda la terapia.

Ante esto, podemos pensar que, en la terapia en general, el terapeuta moldea las reglas del cliente hasta hacerlas más adaptativas. Lo que ahora resta por responder es cómo lo hace y si las reglas del terapeuta juegan un papel fundamental.

## **2. INTERVENCIÓN MEDIANTE UN TIPO ESPECIAL DE REGLA: ANALOGÍAS, METÁFORAS E HISTORIAS**

Aunque no se trata en realidad de un método de intervención, se puede destacar el uso de la analogía y la metáfora como una herramienta bastante utilizada en el ámbito

clínico. La razón de considerar a estas verbalizaciones como parte de una intervención a través de reglas es que pueden ser consideradas como tales según la clasificación de Pérez (2004) o según los criterios definicionales de regla que establecimos en el capítulo anterior.

A pesar de ser dos conceptos distintos, muy a menudo, como en toda la psicología de la creatividad, se les considera sinónimos (Romo, 1997), formas del pensamiento analógico. Este tipo de pensamiento se ha definido como la habilidad de “captar que una situación o un dominio específico está estructurado por un sistema de relaciones y roles similar al sistema de relaciones y roles que estructura otra situación o dominio específico diferente” (De la Fuente y Minervino, 2004). Aun así, algunos investigadores como Stewart, Barnes-Holmes, Hayes y Lipkens (2001) consideran que la analogía y la metáfora son dos términos distintos, concediendo un grado de mayor complejidad y amplitud a las metáforas. La razón es que el lenguaje metafórico necesita de formas adicionales de control relacional basadas en propiedades formales de algunos eventos dentro de la red relacional, mientras que la analogía no requiere de relaciones formales entre los estímulos usados. Como ejemplo, los autores mencionan la metáfora clínica “luchar con la ansiedad es como luchar contra arenas movedizas”, en la cual se entra en contacto con las relaciones formales que sustentan la relación verbal entre los eventos, y se transforman las funciones de los mismos. En este caso, la relación conocida es la el luchar contra las arenas movedizas y la precipitación de hundimiento. Ahora, gracias a la metáfora expuesta, el cliente puede entender que luchar contra la ansiedad solo empeora la ansiedad. Así, la efectividad de la metáfora depende, en buena medida, de la discriminación de las dimensiones formales del estímulo, que proporcionan la base para la metáfora, tales como la semejanza emocional/funcional entre “ahogarse” de ansiedad y ahogarse en arenas movedizas.

Sin embargo, no entraremos en discutir la conveniencia de la separación de esto términos y entendemos a la analogía y la metáfora como un tipo de verbalización equivalente en el cual subyace un pensamiento analógico.

Gracias a este tipo de verbalizaciones se pueden resolver problemas con un alto nivel de precisión, sutileza o abstracción (Stewart, Barnes-Holmes, Hayes y Lipkens, 2000; Stewart y Barnes-Holmes, 2004); de hecho, se relaciona el pensamiento analógico como un importante componente de la conducta inteligente y como clave para cualquier acercamiento al lenguaje humano y de la cognición (Hayes y Lipkens, 2009). En situaciones de aprendizaje para la resolución de un tipo de problemas, suelen servir de

apoyo para guiar la aplicación del método general a otros nuevos problemas de la misma categoría (Reed, 1993) o para explicar temas nuevos a una persona dentro del contexto escolar (Donnelly y Mac-Daniel, 1993).

Teniendo tan buenos resultados en el campo educativo, es fácil imaginar que en el campo clínico también se hayan mantenido estos resultados. De hecho, muchos terapeutas cognitivo conductuales incorporan las analogías en su práctica diaria como una herramienta de gran ayuda para que el cliente aprenda (Martin, Cummings y Hallberg, 1992).

Directamente en la clínica se han destacado diferentes beneficios del uso de analogía en la terapia: (1) permite una nueva forma de ver el problema (Berlin, Olson, Cano y Engel, 1991; Lyddon, Clay y Sparks, 2001; Otto, 2000); (2) permite integrar nueva información a las creencias existentes, crear nuevos modelos y producir nuevas metas, tanto al cliente como al terapeuta (Blenkiron, 2005, 2010; Pennebaker, 2000); (3) incrementa el impacto personal, la memorabilidad de cuestiones claves, el refuerzo clínico (Martin, Cummings y Hallberg, 1992), el rapport, la fuerza de un mensaje al cliente y la motivación al cambio (Blenkiron, 2005; 2010); (4) clarifica el significado haciendo la terapia más comprensible para el cliente; (5) da una distancia inicial que permita poder discutir algunos temas sensibles para el cliente; (6) enseña habilidades particulares y fomenta una respuesta específica (Blenkiron, 2005; 2010); y, (7) por último, permite la expresión y el contacto con emociones (Lyddon, Clay, Sparks, 2001) al no ceñirse exclusivamente a la experiencia literal.

Lo que nos resulta más sobresaliente de las analogías es que permiten otras perspectivas al cliente mostrándole un rumbo de acción a seguir. Esto es, el uso de toda analogía tiene dos niveles de entendimiento: el texto o el discurso explícito y subtexto o discurso implícito. Por un lado, se señala de manera explícita una similitud entre dos situaciones, personas u objetos, pero también, de modo implícito, lo que esta similitud implica sobre la problemática del cliente. Por ejemplo, si a un cliente obsesivo se le señala explícitamente que las continuas rumiaciones actúan como un chantajista al que nunca se complacerá, al mismo tiempo se le está advirtiendo implícitamente de las consecuencias de ese tipo de conducta, es decir, se le está señalando un camino de acción al cliente. Además, las analogías, en general o al menos las que nos interesan, no se emiten con el fin de explicar una situación en particular, sino una constante en la problemática del cliente. Por eso, consideramos las analogías como un tipo de regla y no cualquier tipo de regla, sino una muy sofisticada por el nivel de abstracción que

necesita el interlocutor para entenderla y el que la formula. No por nada hay una creciente edición de manuales en los que se sugieren analogías aconsejadas para cierto tipo de problemas psicológicos.

En este sentido, se han señalado diferencias en cuanto al efecto que tienen distintos tipos de analogías. Por ejemplo, algunos autores, argumentan que las analogías que evocan una rica respuesta sensorial serían más poderosas, ya que su componente principal es la abstracción verbal de una dimensión funcional, que a su vez transforma la función del objetivo; mientras que aquellas que contienen patrones de eventos y relaciones generales semejantes a la situación del cliente, tendrían más probabilidades de tener mayor impacto conductual porque las relaciones de estímulos analógicos y personales son más proclives a caer dentro de un marco de coordinación; por último, que las analogías con mayor probabilidad de ser señaladas en situaciones fuera de la sesión clínica serían más relevantes porque son contactadas con mayor frecuencia de manera psicológica (Stewart, Barnes-Holmes, Hayes y Lipkens, 2001)<sup>1</sup>. Del mismo modo, cuando se trata de problemas concretos, los cuales son resueltos con un rango menor de comportamientos, las analogías dirigidas especialmente al objetivo resultarán más útiles. Cuando se trata de comportamientos más difusos, las más flexibles serán mejores porque resulta más útil evitar concretar en exceso el control de estímulo (Stewart, Barnes-Holmes, Hayes y Lipkens, 2001). También se ha sugerido que algunas analogías específicas pueden utilizarse de acuerdo a diferentes problemas clínicos, entre los que se han destacado problemas como la depresión, estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo, problemas de ansiedad y hasta problemas de salud físico (Blenkiron, 2005).

Al respecto, podemos añadir que indudablemente hay ciertas analogías que se utilizan comúnmente en la terapia conductual, pero es importante no olvidarnos de que, ante todo, la analogía o cualquier otro tipo de regla debe estar al servicio de los objetivos terapéuticos y no se puede aplicar atendiendo sólo al tipo de problemática, ya que eso significaría pasar por alto la singularidad de caso, uno de los supuestos fundamentales para el enfoque conductual.

Por otra parte, el cambio de perspectiva del problema a través de la analogía, que es tan aludida por los investigadores, es un argumento a favor de que un modo de

---

<sup>1</sup> Estos autores consideran esta cualidad propia de las metáforas. Dado que nosotros consideramos que la metáfora y la analogía tienen una misma funcionalidad, añadimos esta cualidad a los beneficios de la analogía.

cambiar el contenido en las creencias del cliente se logra a través de las reglas del terapeuta. Ante esto, se puede decir que, por lo menos, algunas reglas del terapeuta son útiles para cambiar algunas creencias del cliente, lo cual influye directamente sobre el cambio clínico.

Ahora, lo importante es determinar si este beneficio se puede generalizar a otras o, incluso, a todas las reglas del terapeuta.

### **3. CONCLUSIONES SOBRE EL PAPEL DE LAS REGLAS EN TERAPIA**

Haciendo un resumen de los hallazgos encontrados al estudiar las reglas en el campo clínico, podemos señalar que:

- La explicación y el tratamiento de los problemas psicológicos se puede hacer aludiendo a la escasez o abundancia de conducta gobernada por reglas en el cliente, a un tipo de regla específico, a una falta de identificación o elaboración de reglas, al contenido irracional, inefectivo o problemático de una regla y, por último, de acuerdo al cambio del contenido de una regla.
- Aunque no nos interese aportar una hipótesis sobre la génesis y evolución de los problemas psicológicos, las explicaciones al respecto ponen en claro que las reglas, sean o no la clave del desarrollo de problemas psicológicos, son una pieza importante en la conducta problemática del cliente, lo cual justifica la importancia de plantearse el papel de las reglas dentro de la terapia.
- No se puede considerar, sin lugar a dudas, que las reglas tienen un papel importante sólo para cierto tipo de problemas psicológicos o que cierto tipo de tratamiento especial deba aplicarse dependiendo a una escasez o abundancia de reglas que presente el cliente. Al tomar en cuenta sólo estos aspectos se está poniendo menos énfasis en el análisis funcional y la singularidad del caso.
- Aludir al cambio del contenido y a la adquisición de nuevas reglas parece adecuado porque permite explicar el cambio y no interfiere con un énfasis en el análisis funcional. Por otra parte, el concepto de regla puede significar un punto clave para explicar cómo se logran reglas cada vez más adaptativas a corto y largo plazo. Finalmente, permite una nueva perspectiva del cambio

en terapia como un moldeamiento verbal y nos empuja a preguntarnos si en este moldeamiento, las reglas del terapeuta suponen una herramienta necesaria.

- Según los criterios formulados en el capítulo anterior, la analogía puede considerarse como un tipo de regla que puede ayudar al cambio de perspectiva ante el problema del cliente. Y dado que no hay dudas de los beneficios que tiene para el cambio clínico, podemos afirmar que, por lo menos, un tipo de reglas pueden ayudar al cambio clínico. Ahora, lo importante es determinar si este beneficio se puede generalizar a otras o, incluso, a todas las reglas del terapeuta.

Ante estas conclusiones, parece claro que el estudio de las reglas hasta ahora deja algunas cuestiones importantes sin responder: (1) si las reglas del terapeuta son una herramienta necesaria para alcanzar reglas cada vez más adaptativas. Aunque los estudios sobre las analogías pueden aportar alguna pista, sólo significan una pequeña parte de las verbalizaciones que pueden ser clasificadas como reglas y, además, no hay estudios que lo constaten; y (2) si la regla ahorra el tener que pasar por las contingencias directas, ¿cómo es que la regla se define como algo que depende de la experiencia? ¿Será que esta experiencia puede ser dada por el terapeuta en terapia?

Para intentar dar respuesta a estas cuestiones, la definición de regla de Martínez y Tamayo (2005), como la descripción de las contingencias a través de la experiencia, puede ser de gran de ayuda. Según los autores, una regla del terapeuta sería recibida por el cliente como una instrucción. Instrucción que podría convertirse en una regla para el cliente, si a través de su experiencia, es capaz de estructurar verbalmente (aunque no sea expresada en voz alta) las contingencias que ha seguido. Aunque estamos de acuerdo en que las reglas del terapeuta son sólo reglas para el terapeuta, diferimos en un punto, porque consideramos que las reglas del terapeuta tienen una función distinta a las instrucciones que emite.

Del mismo modo, pensamos que las reglas del terapeuta pueden ser una parte de las condiciones favorecedoras para que el cliente elabore o re-elabore sus reglas. La cuestión, ahora, es cómo. El problema es que para elaborar una regla es necesaria la experiencia y, entonces, tendremos que justificar de dónde sale esta experiencia dentro de la terapia.

Ya hemos mencionado que el cambio clínico implica también el cambio en las

reglas del cliente, el cual puede darse a través del cambio de reglas ya existentes o la elaboración de reglas nuevas. Si se trata del cambio de una regla del cliente, ésta estará basada en su experiencia previa, entonces, podemos pensar que el terapeuta al emitir reglas, ayuda a modificar lo que el cliente extrajo de dicha experiencia. Ahora, si se trata de la elaboración de una regla, el terapeuta tendría que ingeniarse cómo crear una situación verbal que sea equiparable a una experiencia. Esta recreación podría hacerse a través de las reglas del terapeuta. En cualquiera de los dos casos, el terapeuta tienen que recrear verbalmente una relación de contingencia (a través de un ejercicio de imaginación, por ejemplo) y exponerla al cliente para que funcione como experiencia y, sea posible elaborar o re-elaborar una regla.

En este sentido, las reglas del terapeuta funcionarían como ensayos de una tarea cuyo fin es el entrenamiento en la discriminación de la relación entre la conducta problemática del cliente y una posible guía de actuación. Estos ensayos contendrían diferentes relaciones de contingencia con el punto común de realzar las consecuencias no inmediatas, describir una generalidad y, principalmente, apuntar siempre hacia una guía de acción a seguir. Esto puede favorecer que el cliente aprenda a tener en cuenta la relación entre su conducta o la conducta de otros y las consecuencias a largo plazo que implica, y también, que aprenda a encontrar esa misma relación en una situación futura. Por tanto, se trata de entender las reglas del terapeuta como posibles condiciones que favorezcan la identificación, cambio y aprendizaje de otras reglas más adaptativas del cliente.

Pero no todas las reglas proporcionarán las mismas condiciones. En este sentido, nos interesa desarrollar una clasificación capaz de discriminar distintos modos en los que una regla pueda ser expresada y, así, poder determinar el papel de cada uno de estos modos para el cambio clínico.

Sin embargo, con este trabajo de tesis sólo habremos iniciado una línea de investigación sobre el estudio de las reglas del terapeuta. Aun así, esperamos que los resultados puedan ayudarnos a dirigir la directriz de la investigación hacia otros análisis que nos acerquen a dar una respuesta sobre el papel definitivo de las reglas en la terapia.

Volviendo al fin que se persigue en terapia, al que aludíamos al principio del capítulo, Elliot y Shapiro (1995) enfatizan que la terapia moderna ya no se basa en los conflictos del cliente y la frustración de sus deseos sino en la traslación de su experiencia en historias que sean coherentes o narrativas, que tengan sentido y actúen como guías para su acción futura. Atendiendo al análisis que acabamos de realizar

añadiríamos un matiz: que no se trata solamente de historias, sino de la traslación de la experiencia del cliente en reglas que guíen su acción futura de un modo adaptativo.

## CAPÍTULO IV

### *ESTUDIO EMPÍRICO 1: Desarrollo de un Sistema de categorías de las reglas emitidas por el terapeuta*

---

#### 1. INTRODUCCIÓN

Ante una cuestión tan compleja como valorar la pertinencia del estudio de las reglas como un variable determinante en el proceso de cambio en terapia, la elección del instrumento de medida es fundamental. Por eso, la primera tarea para lograr los objetivos que se plantean en este trabajo de investigación ha sido elegir un método de estudio riguroso y preciso que permitiera una aproximación de estudio formal al proceso terapéutico. El resultado de esta elección ha sido el desarrollo de una estrategia metodológica observacional con la ayuda de la herramienta informática *The Observer XT*, la cual facilita la precisión de las observaciones gracias a su alto nivel de exactitud en los registros.

Una vez decidido el tipo de metodología a seguir, era necesario encontrar el instrumento de medida que se aproximara al objeto de estudio desde el nivel de descripción que nos interesaba. Así, después de una exhaustiva e infructuosa búsqueda sobre posibles instrumentos que tomaran en cuenta el tipo de verbalización que pretendíamos estudiar desde nuestra perspectiva, se tomó la decisión de desarrollar un nuevo instrumento. Tarea, que según Bakeman y Gotman (1986/1989), supone ya un trabajo teórico, pues al desarrollar un instrumento de medida, el investigador está personificando las distinciones que entiende como importantes para la exploración del problema.

La siguiente cuestión consistía en decidir cómo evaluar el nuevo instrumento para asegurar que cumple con las garantías científicas más rigurosas. El porcentaje de acuerdo se ha utilizado a menudo como indicador del grado de concordancia entre registros observacionales realizados por jueces independientes y/o por un mismo

observador. Sin embargo, el índice presenta el problema de no tomar en cuenta los acuerdos que puedan deberse al azar. Por tanto, fue necesario buscar un mejor indicador que tomara en cuenta este último aspecto. Después de valorar diferentes opciones, se plantea que lo mejor es tomar como índice de grado de acuerdo el coeficiente de Kappa de Cohen (1960), aún a pesar de las limitaciones señaladas por algunos autores (Ato, Benavente y López, 2006). Es un buen indicador porque introduce una corrección de los acuerdos debidos al azar y porque sigue una distribución normal que puede facilitar su interpretación.

Algunas herramientas informáticas utilizan algoritmos que permiten crear matrices de concordancia con la cuales se puede calcular el índice Kappa (por ejemplo, Bakeman y Quera, 1995; Gioco, Lojines, Zimmerman y Splink, 2007). En este trabajo se utilizó la herramienta *The Observer XT* versión 7.0 para la construcción de las matrices de confusión como resultado de la comparación de los registros analizados y para el cálculo estadístico de los coeficientes de acuerdo.

A continuación, se presenta el procedimiento de creación del *Sistema de Categorización de las Reglas emitidas por el Terapeuta (SISC-REGLAS-T)* y las implicaciones del análisis realizado sobre el grado de acuerdo entre los observadores.

## **2. MÉTODO**

### **2.1 Participantes**

Se utilizaron las grabaciones de 57 sesiones (4 de estas sesiones se utilizaron en dos etapas distintas, por lo que la suma de las sesiones utilizadas en las etapas es de 61) clínicas con una duración aproximada de una hora. Del total de sesiones, para una primera etapa se utilizaron 5 sesiones; para la segunda etapa, 6; en la tercera etapa 24; y, para la última etapa, 26 sesiones. Estas sesiones procedían de 18 casos distintos tratados por 8 terapeutas de orientación conductual. Dichas sesiones fueron grabadas en el Instituto Terapéutico de Madrid, gabinete privado del que procedían los terapeutas participantes.

La intervención psicológica fue llevada a cabo de manera individual y con población adulta. Garantizando la confidencialidad y privacidad de los datos, se informó a todos los clientes y terapeutas participantes sobre la grabación y la posterior

observación y análisis de las sesiones. Todos los participantes dieron su consentimiento. Este procedimiento fue aprobado por el Comité de Ética e la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

La selección de los vídeos se hizo atendiendo a diferentes criterios: un criterio aleatorio; otro, de mantener una amplia variedad de terapeutas y casos; y, por último, el utilizado sólo en la cuarta etapa del procedimiento, según el cual se registraban aquellas sesiones que superaran 10 reglas en el caso de los terapeutas expertos y 20 sesiones en el caso de los terapeutas inexpertos. La razón de este último criterio se decidió atendiendo a dos cuestiones: (1) el hecho de que los terapeutas inexpertos tuvieran una forma de expresión más redundante que la de los terapeutas expertos y (2) que no se habían observado sesiones de terapeutas inexpertos en ninguna etapa anterior, lo cual ocasionaba que los observadores no estuvieran familiarizados con su forma de expresarse verbalmente y pudieran mal interpretar algunas de sus expresiones, afectando principalmente a la detección de las reglas. Tomando en cuenta estas cuestiones intentamos que influya lo menos posible el estilo redundante de los terapeutas inexpertos sobre la valoración del sistema de categorías.

En la tabla IV.1 se muestran las características de las grabaciones analizadas. En dicha tabla se puede apreciar el número de sesiones grabadas y observadas en este trabajo. También se muestran algunas características relevantes sobre el terapeuta, como su sexo y experiencia, y el cliente, como el sexo y la edad.

## **2.2 *Unidad de categorización***

Únicamente se categorizará el comportamiento verbal manifiesto del terapeuta durante la sesión clínica. La conducta no verbal del terapeuta no fue objeto de análisis. Sólo se tomó en cuenta como ayuda para clarificar algunas verbalizaciones del terapeuta, como por ejemplo cuando el terapeuta hacía un comentario que, gracias a sus gestos, entonación y/o expresión facial, podía entenderse como irónico.

## **2.3 *Materiales e instrumentos***

Para la grabación de los casos se utilizó un circuito cerrado de cámaras ya existente en el centro colaborador. La cámara se situaba en una de las esquinas del despacho en frente del terapeuta y a espaldas del cliente. La grabación, en formato

VHS o DVD en función del caso, era transformada a formato MPEG-2, requerido por el software *The Observer XT*.

La versión 6.0 del software *The Observer XT*, fue utilizado para la observación y registro de las sesiones, y la versión 7.0, para el análisis del grado de acuerdo inter e intra jueces.

Por último, se utilizó el *Sistema de Categorías de la Conducta verbal del Terapeuta* (Ruiz-Sancho, 2011) para la identificación de las categorías registradas como Función Informativa, que se muestra en la tabla IV.2.

**Tabla IV.1** Características de las grabaciones analizadas

Características del Caso			Características del terapeuta			Características del cliente	
Caso	Sesiones grabadas	Sesiones observadas	Terapeuta	Sexo	Experiencia	Sexo	Edad
1	10	10	1	M	16 años	M	32
2	13	9	1	M	14 años	M	29
3	9	6	1	M	15 años	M	36
4	48	4	1	M	15 años	M	34
5	16	2	1	M	15 años	M	30
6	27	2	1	M	20 años	H	40
7	16	4	1	M	19 años	M	32
8	21	1	1	M	18 años	H	31
9	10	5	2	H	6 años	M	22
10	12	3	2	H	4 años	H	36
11	8	1	2	H	5 años	M	29
12	8	2	3	M	7 años	M	35
13	13	1	3	M	4 años	H	34
14	9	1	4	M	7 años	M	19
15	5	1	5	M	1 año	M	33
16	10	1	6	M	1 año	M	21
17	13	2	7	M	1 año	M	35
18	9	2	8	M	1 año	H	21

H=Hombre; M=Mujer

**Tabla IV.2.** *Definición de las categorías del sistema SISC-CVT.*

Categorías	Definición
<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) <i>Modificadores:</i> 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) <i>Modificadores:</i> Refuerzo conversacional, Bajo, Medio, 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) <i>Modificadores:</i> Castigo Bajo, Medio, 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>Charla</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)

## 2.4 *Procedimiento*

El proceso de desarrollo y depuración del *SISC-REGLAS-T* estuvo dividido en las siguientes fases:

### A. Propuesta inicial de categorías y primeras propuestas sobre el procedimiento de observación y registro

El primer paso consistió en una revisión teórica de diferentes propuestas con las que se ha abordado el objeto en cuestión; gracias a esta revisión, se destacan algunos puntos que pueden ayudar a configurar una primera propuesta de categorías. Atendiendo a la definición de regla desarrollada, sólo las verbalizaciones clasificadas como Función *Informativa* y, algunas *Motivadoras* del *Sistema de Categorías de la Conducta verbal del Terapeuta* (Ruiz-Sancho, 2011). Sin embargo, dado que las verbalizaciones *Motivadoras* están bien delimitadas como una operación de establecimiento, hemos decidido estudiarlas aparte.

En esta etapa inicial, se transcribieron literalmente las sesiones clínicas. Entre cinco psicólogos se hizo un primer intento por identificar las posibles verbalizaciones que se ajustaban a los criterios definitorios de “reglas”.

Estos psicólogos señalaron posibles formas de análisis de esas verbalizaciones y, después de probar su pertinencia, se acordó utilizar un análisis morfológico con el que fuera posible identificar los componentes de cada regla. De esta forma, fue posible desarrollar una primera propuesta de categorías.

Además, se tomó la decisión de analizar sólo la conducta verbal del terapeuta. Sin embargo, la conducta no verbal se tomó en cuenta sólo para ayudar a tener una verbalización que pudiera tener un sentido distinto, no literal, si se atiende a la entonación o gestos del terapeuta.

Para esta etapa se utilizaron las siguientes sesiones: 1 sesión del caso 1 (S1) y 4 sesiones del caso 2 (S1, S2, S3, S9).

### B. Establecimiento de los primeros criterios de categorización e inicio de depuración

En un principio, se continuó con las transcripciones literales de las verbalizaciones del terapeuta. De este modo se procedió en las siguientes

sesiones: 1 sesión del caso 5(S6) y 9 (S10); y, 2 sesiones del caso 3 (S8, S9) y 4 (S6, S7). Con la primera propuesta de categorías tres psicólogos identificaron y clasificaron las reglas. Posteriormente, se comparaban los registros y se discutían las semejanzas y diferencias encontradas en los registros hasta elaborar un criterio que ayudara a identificar mejor las reglas y distinguir el tipo al que pertenecía. De esta manera se elaboró una primera propuesta de criterios de categorización para la correcta inclusión de las reglas en su correspondiente categoría.

Gracias a estas primeras discusiones fue posible una mejor definición de las categorías, lo cual implicó la inclusión o eliminación de algunas de ellas.

### C. Depuración y propuesta definitiva del instrumento de medida

En esta etapa, se inició la observación de las sesiones clínicas con el software *The Observe XT* versión 6.0. Para facilitar la identificación de reglas, primero se identificaron las verbalizaciones del terapeuta que pudieran registrarse como función *Informativa* según el *Sistema de Categorías de la Conducta verbal del Terapeuta* (Ruiz-Sancho, 2011).

El procedimiento fue el mismo que en la etapa anterior. Tres psicólogos realizaron las observaciones que, posteriormente, se comparaban haciendo un análisis de las semejanzas y diferencias encontradas. Las sesiones utilizadas fueron las siguientes: 1 sesión del caso 2 (S5), 3 (S4), 5 (S7) y 12 (S12); 2 sesiones del caso 4 (S33, S54), 9 (S9, S10) y 10 (S8, S11); y 4 sesiones del caso 1 (S1, S2, S3, S4). Como resultado de dichas discusiones, se depuraban los criterios ya establecidos y se incorporaban otros nuevos.

Este procedimiento continuó hasta que los acuerdos encontrados superaban el número de desacuerdos. Entonces, se calculó el porcentaje de acuerdo. Estas sesiones fueron las siguientes: 1 sesión del caso 2 (S11), 3 (S8) y 7 (13); 2 sesiones del caso 8 (S25, S14); y, 5 sesiones del caso 1 (S3, S4, S6, S7, S8).

Las observaciones se hicieron utilizando el programa *The Observer XT*. El tipo de registro llevado a cabo se corresponde con el registro activado por transición o RAT, nombrado así por Quera (1991), es decir, registros en los que el observador anota todas las ocurrencias y/o duraciones de las unidades de conducta en el orden en que el sujeto observado va produciéndolas y únicamente se registran los

momentos en los que se produce el cambio conductual, aunque se observe de manera continua para detectar tales cambios.

D. Análisis del grado de acuerdo intra e interjueces

Una vez que en los registros de la etapa anterior, se alcanzó en más de tres ocasiones un porcentaje de acuerdo mayor al 70%, se inició la última etapa del procedimiento: el análisis del grado de acuerdo y el índice Kappa. En esta etapa, las observaciones utilizadas fueron las siguientes: 1 sesión de los casos 8 (S20), 10 (S2), 11 (3), 12 (6), 13 (12), 14 (3), 15 (6) y 16 (2); 2 sesiones del caso 3 (S2, S4), 9 (S2, S4), 17 (S6, S15) y 18 (S3, S4); 3 sesiones del caso 2 (S4, S8, S13) y 7 (S5, S8, S13); y, 4 sesiones del caso 1 (S1, S2, S9, S10).

El proceso del análisis del grado de acuerdo inter e intrajueces se llevó a cabo por dos observadores, involucrados en las etapas anteriores del desarrollo del *SISC-REGLAS*.

Cada uno de los observadores registraba la sesión de forma independiente y, posteriormente se hacía el cálculo del porcentaje de acuerdos y del índice kappa. En el caso de los registros comparados por el mismo observador, se hizo guardando un espacio de 10 días entre las dos observaciones.

Además de estos registros, uno de los observadores, realizó el registro de la parte restante de las sesiones muestra. Después de 10 días de esta primera observación, el mismo observador volvió a realizar un nuevo registro. A continuación, se calculó el grado de acuerdo entre la primera observación y la posterior.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 *Instrumentos de medida definitivos*

La propuesta definitiva del *SISC-REGLAS-T* comprende un total de 7 categorías. Los sistemas de categorización completos, que incluyen las definiciones, los criterios de categorización y diferentes ejemplos para las distintas categorías, se encuentran en el anexo I. La tabla IV.3 muestra las categorías del *SISC-REGLAS-T*.

**Tabla IV.3** Categorías incluidas en el Sistema de Categorías de las Reglas emitidas por el Terapeuta (SISC-REGLAS-T).

<i>Tipo de Agente*</i>	<i>Tipo de Contexto*</i>	<i>Elementos de la contingencia**</i>	<b>Situación</b>				
<b>Personal</b>	<b>Particular</b>		<i>Elementos de la contingencia**</i>				
	<b>General</b>						
<b>Concreto</b>	<b>Particular</b>			<i>Elementos de la contingencia**</i>	<b>Conducta</b>		
	<b>General</b>						
<b>Indefinido</b>	<b>Particular</b>				<i>Elementos de la contingencia**</i>		
	<b>General</b>						
<b>Concepto</b>	<b>No pertinente</b>					<i>Elementos de la contingencia**</i>	<b>Consecuencia</b>

\*Categorías. \*\*Subcategorías.

Tal como lo señala la tabla, toda regla *Personal*, *Concreta* o *Indefinida* puede ser también *Particular* o *General*; excepto, el tipo de regla *Concepto*; al tratarse de una regla que hace alusión a una relación abstracta, el contexto va más allá de cualquier situacionalidad, por lo tanto, analizar el tipo de contexto no es pertinente.

En cuanto al tipo de subcategoría, cada una de éstas está compuesta por la combinación posible entre los elementos señalados en cada regla. De este modo, las subcategorías posibles son: *situación*, *situación/conducta*, *situación/consecuencia* y *situación/conducta/consecuencia*.

Aunque lo explicamos detalladamente en el anexo 2, es importante señalar que cuando se trata de una regla *General* o de tipo *Concepto*, dado que la *situación* está implícita, la regla siempre incluirá el elemento de *situación*. Por otra parte, también es importante tener en cuenta que el tipo de subcategoría *conducta/consecuencia* no es posible, dado que si se tratara de una regla *General*, la situación siempre está implícita y si se tratara de una regla *Particular*, se estaría explicitando el tipo de contexto particular.

### 3.2 Análisis del grado de acuerdo intra e interjueces alcanzado

En la tabla IV.4 se presentan los porcentajes de acuerdo y los índices kappa de la comparación de los registros realizados por los dos observadores y por un mismo observador en dos momentos distintos (10 días de diferencia entre cada observación). Estos datos fueron calculados por el programa *The Observe XT*, considerando una ventana de tolerancia de 2 segundos.

**Tabla IV.4** Grado de acuerdo inter e intrajueces.

<b>ANÁLISIS</b>	<b>TIPO DE ACUERDO</b>	<b>PA</b>	<b>K</b>	<b>P</b>	<b>PRECISIÓN (%)</b>
1	Entre observadores	90	0,84	0,00	93
2	Intraobservador	92	0,90	0,00	96
3	Entre observadores	81	0,76	0,00	89
4	Intraobservador	90	0,83	0,00	93
5	Intraobservador	92	0,83	0,00	93
6	Entre observadores	83	0,73	0,00	88
7	Intraobservador	92	0,89	0,00	96
8	Intraobservador	80	0,73	0,00	88
9	Entre observadores	89	0,85	0,00	94
10	Entre observadores	78	0,70	0,00	86
11	Intraobservador	87	0,81	0,00	92
12	Entre observadores	85	0,73	0,00	88
13	Intraobservador	86	0,82	0,00	92
14	Entre observadores	81	0,73	0,00	88
15	Intraobservador	78	0,68	0,00	85
16	Entre observadores	77	0,64	0,00	83
17	Intraobservador	80	0,75	0,00	89
18	Entre observadores	76	0,66	0,00	84
19	Entre observadores	78	0,72	0,00	87
20	Intraobservador	84	0,78	0,00	90
21	Intraobservador	83	0,72	0,00	87
22	Entre observadores	80	0,62	0,00	82
23	Entre observadores	71	0,59	0,00	81
24	Intraobservador	79	0,65	0,00	84
25	Entre observadores	63	0,50	0,00	77
26	Intraobservador	82	0,67	0,01	85

Como se muestra en la tabla, el porcentaje de acuerdo conseguido entre distintos observadores osciló entre un 63% y 90%; con el mismo observador osciló entre un 78% y 92%. Con respecto a los valores del coeficiente de kappa de Cohen obtenidos en los registros entre observadores oscilaron entre 0,59 y 0,85 (excepto en una observación en la que se obtuvo un 0,50 de kappa); y con el mismo observador, oscilaron entre un 0,65 y 0,90; asociándose en ambos casos a un nivel de significación estadística inferior a 0,01 que permite rechazar la hipótesis de que los acuerdos encontrados entre las observaciones se deban al azar.

La última columna de la tabla señala el porcentaje de precisión desarrollado por Bakeman et al. (1997). Estos autores elaboraron una ecuación gracias a la cual se conseguiría una mejor interpretación del índice kappa. Según estos autores, una correcta valoración de este índice tendría que tener en cuenta el número de categorías del sistema, la variabilidad de sus probabilidades simples y la precisión con que los observadores realizan sus registros (la precisión obtenida por las sesiones registradas se muestra en la tabla IV.3). Esta “precisión” significaría, según Quera (1997), una medida de mejor calidad que la fiabilidad. Como puede observarse, la precisión de nuestros registros osciló entre un 81% y un 90% en las observaciones entre dos observadores distintos, exceptuando una sesión del 77%. En las sesiones registradas por un mismo observador se obtuvo una precisión entre un 84% y 96%.

La última tabla muestra la media y la desviación típica de la proporción de ocurrencia de cada categoría.

**Tabla IV.5** Proporción de ocurrencia de cada categoría.

<i>Tipo de regla</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
Personal Particular	0,038	0,035
Personal General	0,165	0,096
Concreto Particular	0,001	0,004
Concreto General	0,017	0,021
Indefinido Particular	0,053	0,058
Indefinido General	0,509	0,142
Concepto	0,214	0,136

Se puede observar un elevado número de ocurrencias de algunas categorías del tipo *Indefinido general* y *Concepto*. Este elevado número de ocurrencias contrasta con un mínimo de ocurrencias de las categorías del tipo *Concreto Particular* y *Concreto*

*General.* Dicho contraste señala una alta variabilidad en cuando a su proporción de ocurrencia.

#### 4. DISCUSIÓN

Hablar de las garantías científicas de un instrumento es hablar de su validez y fiabilidad. Dado que el fin de este trabajo en particular era desarrollar un instrumento cuyas garantías científicas fueran más que suficientes, la valoración de dicho instrumento sólo puede hacerse a través del análisis de validez y fiabilidad.

La validez es un concepto que alude a si efectivamente el instrumento mide lo que pretende medir. En una observación, la validez se suele estudiar bajo tres aspectos: la validez de contenido, la validez orientada al criterio y la validez de constructo (León y Montero, 1997; Quera, 1997). En este estudio se sientan las bases de la validez con la que cuenta el instrumento desarrollado, ya que este concepto no puede evaluarse en su totalidad hasta que su efectividad para medir el fenómeno en cuestión sea probada a través de la aplicación de este instrumento a distintas muestras.

La validez de contenido es el grado en que la medición representa al concepto medido (Bohrnstedt, 1976). La forma idónea para comprobar si nuestro instrumento tiene este tipo de validez sería compararlo con otros sistemas de categorías que intenten medir las mismas dimensiones de la conducta y verificar si existe algún aspecto que se esté pasando por alto y deba añadirse. Sin embargo, precisamente la ausencia de este tipo de sistemas fue lo que nos llevó a la creación de un nuevo sistema de categorías. Ahora, la validez de contenido del SISC-REGLS-T podrá verificarse una vez que se aplique a muestras amplias y se compruebe que las categorías propuestas cubren el rango de conductas del terapeuta que se pretende analizar.

La validez de criterio se refiere al grado en el que un código detecta las posibles variaciones del fenómeno a observar. Un modo de estudiar este tipo de validación es aplicar el instrumento a una muestra de diferentes casos, para observar las variaciones en el fenómeno observado entre diferentes casos o grupos y comprobar si estas variaciones tienen coherencia teórica.

La validez de constructo se alcanza si las unidades de conducta incluidas reflejan adecuadamente los constructos (o variables no directamente observables) que se pretende representar. De tal modo que las unidades definidas se considerarían válidas si

las conductas representan variables no directamente observables. Tal es el caso de las unidades definidas en el SISC-REGLAS-T, ya que las conductas referidas aluden a una variable ligada directamente con los supuestos teóricos. Sin embargo, probar que un instrumento tiene validez de constructo no es una tarea sencilla que se pueda conseguir a priori. Al tratarse de un concepto unificador entre las consideraciones de validez de contenido y de criterio en un marco común para probar hipótesis acerca de relaciones teóricamente relevantes (Messick, 1980), la validez de constructo precisa de un análisis de la relación entre la validez de criterio y de contenido con los supuestos teóricos. Por tanto, el proceso de validación del instrumento apenas comienza. Los siguientes estudios constituyen los primeros datos que pueden llevarnos a comprobar su validez.

El otro aspecto a tener en cuenta para garantizar que un instrumento cumple con las debidas garantías científicas es la fiabilidad. La fiabilidad alude al hecho de que al realizar un procedimiento, se consiga la misma información independientemente del observador y del momento en que se realice. En este trabajo en particular, los datos arrojados por la última parte del procedimiento muestran los niveles de fiabilidad alcanzados con este instrumento. A primera vista parecen apropiados, sin embargo la interpretación de este índice no es tan sencilla.

Algunos autores como Landis y Koch (1977), Fleiss (1981) y Bakeman (2000) consideran “*pobre*” el coeficiente kappa por debajo de 0,40; “*razonable*” si se encuentra entre 0,40 y 0,60; “*buenos*”, entre 0,60 y 0,75; o “*excelente*” si está por encima de 0,75. Según esta clasificación, los valores obtenidos por este instrumento se considerarían “buenos” y próximos a “excelentes”. Sólo una sesión podría considerarse “razonable”.

Según la propuesta de Bakeman et al. (1997) se obtuvo una interpretación no muy distinta. En el caso de los registros llevados a cabo por un mismo observador se encontró que la precisión osciló entre un 84% y un 96%. En los registros entre observadores, en la que la variabilidad también fue alta, el nivel de precisión osciló entre un 81% y un 93%, excepto una sesión en la que se obtuvo el 77%. Dado que el límite inferior del rango de valores deseables, según Bakeman et al. (1997), es del 80% de precisión, el porcentaje de precisión alcanzado parece adecuado.

Teniendo en cuenta los argumentos antes expuestos, los datos arrojados hasta este momento permiten que sea posible afirmar que el instrumento de medida elaborado en este trabajo es lo suficientemente objetivo, claro y completo para facilitar una buena concordancia entre observadores, y principalmente, intraobservadores. Sin embargo, es deseable que el nivel de fiabilidad incremente, ya que las sesiones con los mejores

niveles de fiabilidad se encontraron en los casos de terapeutas con mayor experiencia y sobre todo, con el terapeuta 1. Por otra parte, sería deseable comprobar si estos niveles se mantienen bajo distintas condiciones. Y también, que se entrenara a observadores ajenos a la creación del sistema de categorías para comprobar que el instrumento es suficientemente fiable.

Una última cuestión sobresale en los resultados. Se trata del importante contraste entre el porcentaje de acuerdo y el índice kappa alcanzado en las sesiones de terapeutas inexpertos. Una posible razón es la mayoría casi absoluta de un solo tipo de regla en los registros de los casos de terapeutas con poca experiencia. Sin embargo, habrá que probar si este mismo patrón persiste en una muestra más amplia y analizar lo que significa para el proceso terapéutico. El estudio que se muestra en seguida podrá clarificar, además de los objetivos perseguidos en el mismo, esta cuestión.

## CAPÍTULO V

### *ESTUDIO EMPÍRICO 2: Estudio de las reglas emitidas por un terapeuta experto y otro inexperto en un caso completo*

---

#### 1. INTRODUCCIÓN

A pesar de los numerosos estudios que destacan la importancia de las reglas como medio de intervención y de explicación de distintos tipos de problemas psicológicos, en la mayoría de los casos se utilizan principalmente argumentos teóricos, dejando a un lado datos empíricos que sustenten las propuestas. Partir de supuestos teóricos es fundamental y constituye la fuente de coherencia interna que sostendrá las bases del estudio, pero se puede dar un paso adelante y comprobar si existe una coherencia entre la teoría y la realidad que intenta reflejar. Cuando esto no ocurre, cuando la teoría no desciende a la realidad, se pierde en disquisiciones estériles y los datos recogidos de esa misma realidad carecen de sentido desconectados de su referente teórico (Ibáñez, 2003).

De este modo, no se trata de poner en duda la importante y necesaria propuesta teórica, sino de apuntar a la también fundamental complementación empírica para el estudio de las reglas en terapia. Si nos interesa saber cuál es el papel que desempeñan las reglas en el proceso del cambio en la clínica, es necesario un estudio empírico que analice la pertinencia de estudiar las reglas emitidas por el terapeuta como variable determinante en el cambio terapéutico.

De manera específica, el estudiar la emisión de reglas momento a momento durante todo el tratamiento nos puede ayudar a esbozar una respuesta más amplia sobre cómo cambian las verbalizaciones del terapeuta para provocar el cambio en la conducta del cliente.

Las “anécdotas clínicas” o historias de casos clínicos, comprenden una práctica naciente en siglo XIX que fascinó al mundo científico y popular de la época. Muestra

de ello lo constituye el gran renombre que alcanzaron los casos tratados por Freud, o, desde el conductismo, casos como el del pequeño Albert. Aún ahora, continúa siendo una práctica común en la psicología. Una práctica que si bien comenzó siendo una historia con un estilo literario informal, ha ido evolucionando hasta ser defendida como una metodología totalmente válida científicamente. Dentro de la investigación clínica, el análisis de caso se ha llegado a constituir como una metodología fundamental porque respeta el carácter ideográfico inherente a la práctica clínica que a menudo se pierde con la estandarización de la mayoría de las investigaciones (Pérez, 1996b). De hecho, hay quienes que, como Persons (1991), consideran que se trata de la mejor manera de investigar en psicoterapia.

Además de estos beneficios, el enfoque conductual confiere una importancia fundamental al análisis individualizado porque (1) en la evaluación y el tratamiento conductual, la variabilidad intrasujeto es la que interesa estudiar (Fernández-Ballesteros, 1994) y (2) el análisis funcional y el plan de tratamiento debe basarse en la evaluación específica e individual (Martin y Pear, 2007). Así, parece pertinente señalar que el análisis de caso se ajusta especialmente bien a la investigación en el campo clínico desde una perspectiva conductual.

En este sentido, el estudio de caso nos acerca de manera más completa al fenómeno, permitiéndonos obtener una panorámica completa del mismo. De este modo, posteriormente, podremos analizar independientemente cada uno de los puntos que esta panorámica nos ha permitido identificar.

Aunque el presente estudio es de carácter exploratorio, dada la definición de regla que defendemos, en la cual destacamos la experiencia del terapeuta como uno de los criterios definicionales de la misma, suponemos que habrá diferencia entre las reglas emitidas por un terapeuta con mayor experiencia y las emitidas por uno con menor experiencia. De esta forma, introducimos la variable experiencia comparando un estudio de caso dirigido por un terapeuta experto con otro estudio de caso dirigido por un terapeuta inexperto.

## 2. MÉTODO

### 2.1 *Participantes*

Para este estudio se utilizaron las grabaciones de 32 sesiones clínicas con una duración aproximada de una hora, procedentes de dos casos clínicos dirigidos por un terapeuta experto y uno inexperto desde un enfoque conductual.

Dichas sesiones fueron grabadas en el Instituto Terapéutico de Madrid, gabinete privado del que procedían los terapeutas participantes y se realizaron con el consentimiento del cliente, el terapeuta y el director del centro colaborador, procedimiento avalado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. En el primer caso participó una terapeuta de 48 años con una experiencia de 19 años en el campo clínico y una cliente de 32 años que acudía a terapia por problemas de ansiedad y depresión. La intervención fue individual y consistió en 16 sesiones con una frecuencia semanal.

En el segundo caso, una terapeuta de 36 años con una experiencia de 2 años y una cliente de 22 años, quien acudía a terapia por problemas de ansiedad y depresión. La intervención fue individual y se realizó en 15 sesiones, llevadas a cabo también con una frecuencia semanal.

En ambos casos, las primeras tres sesiones fueron dedicadas a la evaluación del problema; la cuarta, a la explicación del análisis funcional; y el resto de las sesiones, a la aplicación del programa de tratamiento diseñado.

### 2.2 **Variables e instrumentos**

La Tabla V. 1 muestra las variables e instrumentos considerados en este estudio.

#### Variables referidas a las reglas emitidas por el terapeuta

Se crearon 7 variables que describían los tipos de reglas incluidos en el SISC-REGLAS-T. Estas variables se referían al tipo de agente: Personal, Concreto, Indefinido y Concepto; y al tipo de contexto: Particular y General.

**Tabla V.1** Variables e instrumentos

<i>Variables de estudio</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variables referidas a las reglas emitidas por el terapeuta:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Personal Particular</li> <li>1.2 Personal General</li> <li>1.3 Concreto Particular</li> <li>1.4 Concreto General</li> <li>1.5 Indefinido General</li> <li>1.6 Indefinido Particular</li> <li>1.7 Concepto</li> </ol> </li> <li>2. Variables referidas a la experiencia del terapeuta:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Experto</li> <li>1.2 Inexperto</li> </ol> </li> </ol>
<i>Instrumentos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema de Categorización de las Reglas emitidas por el Terapeuta (SISC-REGLAS-T)</li> <li>2. <i>The Observer XT</i> versión 6.0</li> <li>3. <i>SPSS 17.0</i></li> </ol>

### Variables referidas a las reglas emitidas por el terapeuta

Se tuvo en cuenta la experiencia del terapeuta. En concreto, dos años de experiencia para designar al terapeuta inexperto y de 19 años para designar al terapeuta experto.

### Materiales e instrumentos

La grabación de las sesiones se hizo en el centro colaborador a través de un circuito cerrado de cámaras y vídeo. La cámara se instaló en una esquina del despacho a espaldas del cliente, de modo que sólo captaba el rostro del terapeuta.

Para la identificación de las verbalizaciones Informativas, el Sistema de Categorías de a Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) y para la codificación de las reglas del terapeuta, el Sistema de Categorías de las Reglas emitidas por el Terapeuta (SISC-REGLAS-T) con la ayuda del software *The Observer XT* versión 6.0.

Los análisis estadísticos de los datos se llevaron a cabo utilizando el software *SPSS 17.0*.

### 2.3 Procedimiento

Antes de la primera sesión, se obtuvo el consentimiento del director del centro colaborador, de los terapeutas y de los clientes. A partir de ese momento, se continuó grabando todo el caso hasta la última sesión.

Los casos fueron grabados directamente a formato DVD y transformados, posteriormente, a MPEG-2, formato requerido por el programa *The Observer XT*.

La identificación de las verbalizaciones *Informativas* se llevó a cabo con el SISC-CVT (Ruiz-Sancho, 2011). Una vez identificadas las verbalizaciones informativas se procedió con la codificación y registro de las reglas emitidas por el terapeuta a través del SISC-REGLAS-T. La tabla V.2 muestra las categorías y subcategorías del SISC-REGLAS-T y la tabla V.3, las categorías del SISC-CVT.

**Tabla V.2** Categorías incluidas en el Sistema de Categorías de las Reglas emitidas por el Terapeuta (SISC-REGLAS-T).

<i>Tipo de Agente*</i>	<i>Tipo de Contexto*</i>	<i>Elementos de la contingencia**</i>	Situación				
<b>Personal</b>	<b>Particular</b>		<i>Elementos de la contingencia**</i>				
	<b>General</b>						
<b>Concreto</b>	<b>Particular</b>			<i>Elementos de la contingencia**</i>	<b>Conducta</b>		
	<b>General</b>						
<b>Indefinido</b>	<b>Particular</b>				<i>Elementos de la contingencia**</i>	<b>Consecuencia</b>	
	<b>General</b>						
<b>Concepto</b>	<b>No pertinente</b>					<i>Elementos de la contingencia**</i>	

\*Categorías. \*\*Subcategorías (combinaciones posibles entre los elementos).

**Tabla V.3.** Definición de las categorías del sistema SISC-CVT.

Categorías	Definición
<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) <i>Modificadores:</i> 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) <i>Modificadores:</i> Refuerzo conversacional, Bajo, Medio, 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) <i>Modificadores:</i> Castigo Bajo, Medio, 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>Charla</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)

### 3. RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo de las reglas emitidas por el terapeuta experto e inexperto. Los estadísticos descriptivos de las reglas emitidas por los terapeutas se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla V. 4.** Estadísticos descriptivos para las variables de reglas según el tipo de agente y de contexto emitidas por el terapeuta experto e inexperto.

Tipo de regla <sup>a</sup>	Terapeuta experto		Terapeuta inexperto	
	Media	DT	Media	DT
<i>Tipo de agente</i>				
<b>Personal</b>	3,500	3,406	3,133	3,021
<b>Concreto</b>	0,625	2,029	0,133	0,352
<b>Indefinido</b>	8,688	6,858	7,267	4,636
<b>Concepto</b>	3,625	3,462	2,000	1,195
<i>Tipo de contexto</i>				
<b>Particular</b>	2,625	4,161	1,067	1,223
<b>General</b>	10,188	7,232	9,467	6,232
<i>Total de reglas</i>				
<b>Total</b>	16,440	13,599	12,533	7,190

<sup>a</sup>Variable medida en frecuencia.

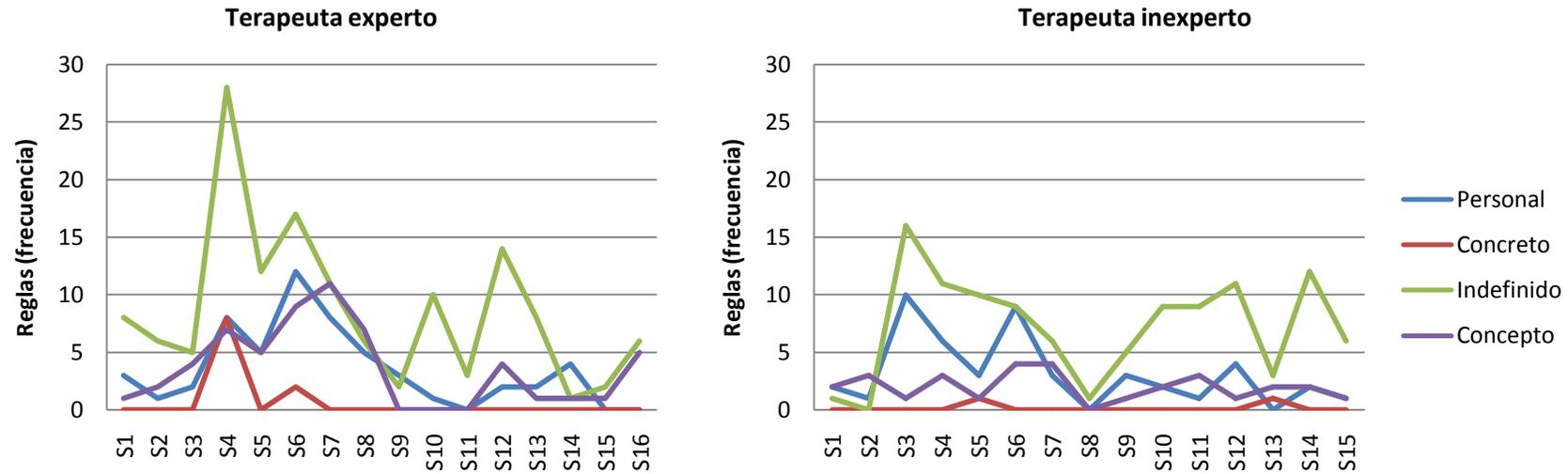
Como se muestra en la tabla anterior, el terapeuta experto emite un mayor número de reglas que el terapeuta inexperto, especialmente de reglas de tipo *Concepto* y *Particular*.

Los resultados se dividen en tres apartados: en el primero se detallan los resultados del caso dirigido por el terapeuta experto; en el segundo, los resultados del caso dirigido por el terapeuta inexperto; y en el tercero se analizan los puntos en común y las diferencias entre los dos casos. En los gráficos V.1 y V.2 se muestran las reglas emitidas por ambos terapeutas de acuerdo al tipo de agente; en los gráficos V.3 y V.4, las reglas emitidas por ambos terapeutas según el tipo de contexto.

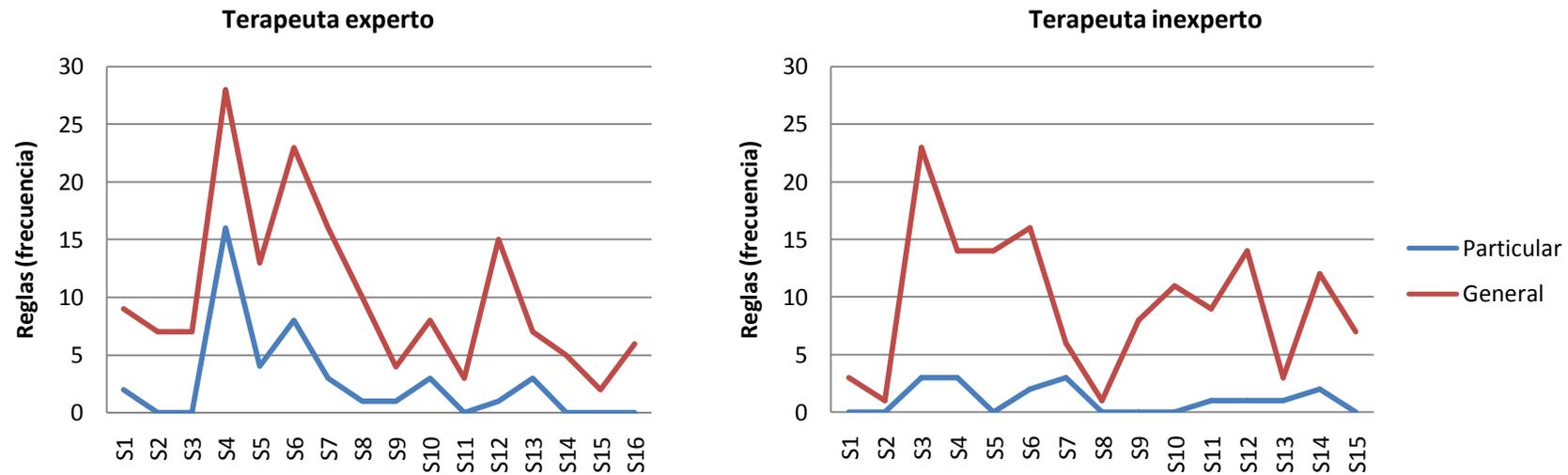
#### 3.1 Terapeuta experto

En general, se pueden observar dos tendencias distintas hacia la mitad del proceso terapéutico, en concreto, antes y después de la sesión 8. La tendencia de la primera mitad del proceso implica un mayor número de reglas que en la segunda. Esta tendencia se observa de acuerdo al tipo de contexto como al tipo de agente.

Gráficos V.1 y V.2. Reglas, según el tipo de agente, emitidas por el terapeuta experto y por el terapeuta inexperto.



Gráficos V.3 y V.4. Reglas, según el tipo de contexto, emitidas por el terapeuta experto y por el terapeuta inexperto.



Atendiendo al tipo de contexto, las reglas *Generales* representan la mayoría en todas las sesiones. De acuerdo al tipo de agente, las reglas *Indefinidas* representan la mayoría de las emisiones en todo el tratamiento, excepto en cuatro sesiones. En tres de estas sesiones, la 8, 9 y 14, fueron superadas ligeramente por otro tipo de regla y en otra sesión, la 7, en la que comparte predominio con las reglas de tipo *Concepto*. En las sesiones 14 y 9 es superado por reglas *Personales* y en la sesión 8, por reglas de tipo *Concepto*. Tanto en la sesión 7 como en la 8, el nivel de reglas *Indefinidas* no es bajo, sin embargo, son las sesiones en donde las reglas de tipo *Concepto* alcanzan sus tasas de emisión más altas, ya que se abordan explicaciones muy *Generales* sobre tópicos psicológicos: en la sesión 7 se aborda la explicación sobre la posibilidad de parar el pensamiento y en la sesión 8, la normalidad de la respuesta de ansiedad. En las sesiones 14 y 9 sí se observa un descenso importante de reglas *Indefinidas* y un aumento en la sesión 14 de reglas *Personales*, pero no en la sesión 9. En esta última sesión se aborda la hipótesis de lo que pudo causar la recaída del estado de ánimo de la cliente, lo cual está relacionado con una alta emisión de reglas *Personales* porque esta hipótesis requiere de la explicación de la conducta del cliente que ha causado dicha recaída. En la sesión 14, el aumento de reglas *Personales* puede estar relacionado con la explicación sobre los logros conseguidos hasta el momento y lo que le falta por conseguir, explicación en la cual es común la alusión a las conductas del cliente. En cambio, las reglas *Concretas* fueron las reglas con el menor número de emisiones, excepto en la sesión 4, en la que supera a las reglas de tipo *Concepto*. Este aumento de reglas *Concretas* está relacionado a la explicación del análisis funcional, actividad que se analiza a continuación.

Si atendemos con detalle al momento que ocupa cada sesión dentro del proceso, otras características se asoman. En la sesión destinada a la explicación del análisis funcional se observa un aumento general de todos los tipos de regla, hasta el punto que la mayoría de ellos alcanzaron su puntaje más alto de reglas por sesión, excepto las *Personales* y de *Concepto*. Sin embargo, las reglas *Personales* también aumentaron y rebasan a las reglas de tipo *Concepto*. Las reglas *Concretas* son casi exclusivas de esta sesión.

Por el contrario, las sesiones previas a la explicación del análisis funcional, en las que el terapeuta dedica la mayor parte del tiempo de la sesión a recabar información que proporciona el cliente, se observa una escasa emisión de reglas comparándolas con el resto de las sesiones. Pero también se observan momentos de evaluación en otras

sesiones en las que el terapeuta recaba información a causa de una recaída del cliente como sucede en las sesiones 9, 10 y 13. En estos casos la cliente refiere tener una recaída en su estado de ánimo, por lo que la terapeuta recaba información para formular una hipótesis sobre las razones que provocaron dicha recaída. Sin embargo, existe una diferencia con el tipo sesiones de evaluación antes del análisis funcional (las sesiones 1, 2 y 3) y las sesiones en las que hay momentos de evaluación a raíz de una recaída. En las primeras sesiones, donde se aborda a grandes rasgos lo que se hace en terapia y el enfoque que se seguirá, se observa un aumento progresivo de reglas de tipo *Concepto*, llegando a superar en la sesión 2 y 3 a las reglas *Personales*. En tanto que en el otro tipo de sesiones, donde la explicación implica una hipótesis de lo que ha causado la recaída, destaca una mayoría de reglas *Personales* y *Particulares* sobre las reglas de tipo *Concepto*.

Las sesiones que contenían explicaciones abstractas sobre tópicos generales o psicológicos, presentan un aumento de reglas de tipo *Concepto*. Esto se observa en la sesión 6, en la que se explica que la “mente” no es algo ajeno a nosotros mismos; en la sesión 7, sobre la posibilidad de parar el pensamiento; en la sesión 8, sobre la normalidad de la ansiedad; y, en la sesión 12, sobre que los pensamientos distorsionan los sentimientos.

También se observa un aumento de las reglas de tipo de *Concepto* o por lo menos su mantenimiento en las sesiones en las que se debatió una idea del cliente, como sucede en la sesión 6 con la idea “del poder de la mente”; en la sesión 15 y 16, aunque apenas de algunos minutos, con la idea de no ver a sus amistades por temor a las críticas sobre su gordura o de no poder usar bañador debido a las críticas que recibiría por ello. En este punto es importante destacar que en la sesión 6 se dio un momento de explicación especial. Se trata de un rasgo que la cliente no había comentado hasta ese momento, conductas del cliente que favorecían la atención de su familia. De este modo, esta explicación está relacionada a la emisión de reglas *Concretas* y *Personales*.

La aplicación o instrucción de las técnicas de tratamiento está relacionada con una tasa elevada de reglas. Sobre todo de reglas de tipo *Concepto*. La explicación y ejecución de la técnica de parada de pensamiento que se da en la sesión 7, como de la técnica de respiración, en la sesión 8, coinciden en tener unas de las tasas más altas de reglas de tipo *Concepto*.

Las sesiones en las que se dan fundamentalmente pautas de acción, se muestra una disminución general de reglas. Esto ocurre en las sesiones 9, 11, 14, 15 y 16, en las

cuales hay esa disminución general de reglas en comparación a otras sesiones del proceso; sólo las sesiones 14 y 16 presentan un aumento de reglas. Sin embargo, habrá que explicar que en la sesión 14 el aumento de reglas *Personales* está relacionado con la evaluación de los logros conseguidos por la cliente y lo que aún le falta por conseguir. La sesión 16, la última del tratamiento, es diferente del resto: aunque gran parte de la sesión se concentró en la emisión de pautas, se observa un aumento de reglas *Indefinidas*, de tipo *Concepto* y *Generales*.

Atendiendo al tipo de regla, se puede observar que las reglas *Concretas*, *Particulares* y *Personales* se concentran principalmente en las sesiones en las que se explica la conducta problema. Sin embargo, también se observa una importante emisión de reglas *Personales* en otros momentos relacionados con la evaluación de los logros de cliente y lo que le falta por hacer. También una alta emisión de reglas *Particulares*, relacionadas con recaídas de la cliente. Los tipos de reglas *Generales* e *Indefinidas* se mantuvieron con tasas de emisión muy altas en todo momento de la terapia, con sólo algunos descensos en sesiones puntuales en las que hubo descenso general de reglas o en sesiones específicas en las que se abordaron explicaciones de tópicos muy generales. Las reglas de tipo *Concepto* consiguen sus tasas más altas en los momentos relacionados con explicaciones de tópicos muy generales y explicaciones sobre técnicas específicas; pero además, después de un descenso, vuelven a surgir hacia el final de la terapia.

### 3.2 *Terapeuta inexperto*

Se puede observar en la primera mitad de las sesiones, antes de la octava, una tendencia distinta a la segunda mitad, de manera similar a lo que ocurría con el terapeuta *experto*. En la primera mitad del proceso terapéutico todo tipo de regla obtuvo la tasa de emisión más alta, la cual disminuye en la segunda mitad del proceso.

Por otra parte, es evidente que las reglas de tipo *Concepto* y *Particular* se mantienen con una frecuencia muy baja. Las reglas *Concretas* son una excepción, ya que sólo hay dos emisiones a lo largo de la terapia.

De acuerdo al tipo de contexto, se observa una mayoría de reglas *Generales* y una minoría de reglas *Particulares* en todo el proceso. Con respecto al tipo de agente, se mantiene una mayoría de reglas *Indefinidas*, excepto en la sesión 1, 2 y 6. En la sesión 1 y 2 son superadas por las reglas *Personales* y de tipo *Concepto*. En la sesión 6

las reglas *Indefinidas* están igualadas a las reglas *Personales*, una sesión en la que hay una variedad de actividades como debate, pautas, interpretaciones alternativas y la explicación de la importancia de realizar las tareas. También se encuentra una minoría de reglas *Concretas*, excepto en la sesión 5 y 13. En la sesión 5 se explica y ejecuta la técnica de relajación y la sesión 13, predomina la emisión de pautas de actuación por parte del terapeuta.

La sesión de explicación del análisis funcional no está relacionada con el aumento de todas las reglas, sino sólo con el aumento de las reglas de tipo *Concepto* y, aunque no se observa un aumento de reglas *Personales* y *Particulares*, éstas presentan algunas de sus frecuencias de aparición más altas de todo el proceso. De hecho, las reglas *Personales* rebasan a las de tipo *Concepto*. En la sesión 3, a pesar de ser anterior a la explicación formal del análisis funcional, el terapeuta aprovecha para explicar con detalle la génesis del problema. Esto explica el aumento de reglas *Personales* y *Generales* en esta sesión, llegando a sus puntos más altos de toda la terapia, pero esto no sucede con las reglas de tipo *Concepto* que se mantienen con una frecuencia muy baja. Por otra parte, las sesiones 9 y 10 también presentan una parte importante de explicación, puesto que se explica la conducta problema de una persona del entorno y su relación con la ansiedad que la cliente presenta, así como pautas de acción para manejarse mejor. Esta explicación se relaciona con un aumento de reglas *Personales*, *Generales* e *Indefinidas*.

En las sesiones de evaluación 1 y 2, anteriores a la explicación del análisis funcional en donde una gran parte de la sesión se destina a recabar información, se observa una baja tasa de emisión de reglas, ocupando dos de los puestos más bajos de toda la terapia. La característica más saliente es el predominio de reglas de tipo *Concepto*. Otra sesión con un momento de evaluación es la 8, en la que se recaba información acerca de la manera de comer de la cliente. Al igual que en las sesiones de evaluación anteriores, se observa la poca frecuencia de emisión de reglas en general.

Al igual que en el caso anterior, en las sesiones posteriores a una recaída de estado de ánimo se dedica una parte del tiempo a la evaluación y explicación de las razones que causaron dicha recaída. En estas sesiones, la 10, 11, 13 y 14, se observan estas actividades. En las sesiones 10, 11 y 14 se observa que las reglas *Personales*, de tipo *Concepto* y *Particulares* se mantienen en una frecuencia de emisión baja. La sesión 13 es distinta, en el sentido de que la evaluación y explicación de la recaída de

estado de ánimo es muy breve; en relación a esta explicación se enuncia una de las únicas emisiones de reglas *Concretas*.

Las sesiones en las que se aborda una explicación abstracta, como la posibilidad de parar el pensamiento de la sesión 7 o explicaciones sobre el pensamiento como responsable de los sentimientos o la normalidad de la incertidumbre de la sesión 12, se observan reglas de tipo *Concepto* y *Personales*. Sin embargo, en la sesión 7 las reglas de tipo *Concepto* superan muy ligeramente a las *Personales*, en tanto que en la sesión 12 las reglas *Personales* superan a las de *Concepto*.

Las sesiones que presentan debate de ideas irracionales del cliente se observa un patrón similar. Como sucede en la sesión 6 sobre el hecho de que la cliente cree que la gente desconocida se ríe y habla de ella o en la sesión 11 sobre que la cliente se cree fuera de lugar en la escuela, rara y que nadie la entiende. En la sesión 6 se observa una alta emisión de reglas *Personales* y en menor medida de tipo *Concepto*, en tanto que en la sesión 11, aunque también existen reglas *Personales*, son superadas por las de tipo *Concepto*. Por otra parte, también se observa en ambas sesiones un aumento de reglas *Particulares*.

En cuanto a las sesiones en las que se explica y aplican técnicas específicas, como en la sesión 5 y en la 7, se observa un patrón distinto. En la sesión 5 se explica y ejecuta la técnica de relajación, en la que se observa un aumento de reglas *Concretas*, un importante número de reglas *Personales*, *Indefinidas* y *Generales* en comparación a las emitidas durante toda la terapia y una baja emisión de reglas de tipo *Concepto* y *Particulares*. En cambio, en la sesión 7, en la que se explica y ejecuta la técnica de parada de pensamiento, se observan reglas de tipo *Concepto*, *Personales* y *Particulares*, pero también una baja emisión de reglas *Indefinidas*. En las sesiones donde las pautas son la actividad predominante se observa una disminución general del número de reglas, como ocurre en las sesiones 8,13 y 15.

Atendiendo al tipo de regla, se puede observar que las reglas *Personales* son el segundo tipo de regla predominante, de acuerdo al tipo de agente. Estas reglas se concentran en la explicación del análisis funcional, sin embargo también se observa su presencia prácticamente en toda la terapia. Las reglas *Concretas* sólo se emiten en dos ocasiones, una de ellas relacionada con una recaída y la otra sin relación evidente. Las reglas *Particulares* se concentran en la primera parte de la terapia, relacionada a la explicación del análisis funcional y explicación después de recaídas. Según el tipo de agente, las reglas *Indefinidas* mantienen su mayoría, excepto en las primeras sesiones

antes de la explicación de la problemática del cliente y en la sesión con varias actividades como debate, explicación de técnicas y explicación de tópicos generales. De acuerdo al tipo de contexto, las reglas *Generales* si son mayoría absoluta en toda la terapia, con algunos descensos en los momentos de disminución total de reglas. Las reglas de tipo *Concepto* se mantienen con una baja de emisión a lo largo de toda la terapia.

### **3.3 Comparación entre las reglas emitidas por los terapeutas expertos y los inexpertos**

Tanto el terapeuta *experto* como el *inexperto* presentan un patrón similar en relación al tipo y número de reglas emitidas a lo largo de la terapia. En ambos terapeutas se observa una mayoría de reglas *Indefinidas* y *Generales*, así como una minoría de reglas *Concretas* y *Particulares*.

En ambos terapeutas se observa un patrón en la primera parte de la terapia que difiere de la segunda mitad. En la primera mitad se encuentra un mayor número de emisiones de reglas que en la segunda.

En relación a la actividad llevada a cabo dentro de la terapia, se encuentra que las sesiones en las que predomina la actividad de evaluación se observa un descenso general de reglas.

La sesión de explicación del análisis funcional en los terapeutas *expertos* está relacionada a un aumento de reglas de todo tipo, consiguiendo la tasa de emisión más alta, en especial de las reglas *Concretas* y *Particulares*. Sin embargo, en el terapeuta *inexperto* no se observa tal aumento. La explicación de la génesis del problema se aborda en una sesión anterior, en la que sí se observa un aumento general del tipo de reglas, excepto de las reglas de tipo *Concepto*. Aún así, se encuentra una similitud entre las ejecuciones de ambos terapeutas, una mayoría de reglas *Personales* sobre las de tipo *Concepto*.

Ahora bien, en las sesiones en las que hay una parte de evaluación y de explicación, debido a una recaída del estado de ánimo, los terapeutas *expertos* emiten un mayor número de reglas *Personales* y *Particulares* sobre reglas de tipo *Concepto*. Los terapeutas *inexpertos* no presentan este patrón, sino que ambos tipos de regla muestran una frecuencia de emisión muy baja.

La sesión en la que se aborda explicaciones abstractas, el terapeuta *experto* presenta un aumento de reglas de tipo *Concepto*, pero en el terapeuta *inexperto* dicho aumento sólo ocurre en una sesión mientras que en otra, sólo aumentan las reglas *Personales*.

En sesiones de debate hay aumento o, por lo menos, presencia de reglas de tipo *Concepto* en ambos tipos de terapeutas.

La explicación y ejecución de técnicas en el terapeuta *experto* está ligado a una alta tasa de reglas, sobre todo de tipo *Concepto*, en tanto que en el *inexperto* depende de la técnica, por ejemplo, la explicación de la técnica de parada de pensamiento sí está relacionada con un aumento de reglas, pero la técnica de relajación no.

Por último, las sesiones en las que la actividad principal consiste en las pautas de acción, se observa una disminución general de reglas en ambos terapeutas.

De acuerdo al tipo de regla, se puede observar que el terapeuta *experto* emite un mayor número de reglas de tipo *Concreto*, *Particular* y *Concepto*. El terapeuta *inexperto* tiende a emitir un mayor número de reglas *Personales* que el terapeuta *experto*. En cuanto a los tipos de regla *General* e *Indefinido*, tanto el número de reglas como la forma de utilizarlas es muy similar.

#### 4. DISCUSIÓN

Aunque la pregunta general que subyace a este trabajo, sobre el papel de las reglas en terapia, no puede responderse a través de un sólo estudio, los resultados obtenidos hasta el momento suponen un primer paso para alcanzar una respuesta.

Contrariamente a lo que esperábamos, las características más salientes del estudio muestran un patrón similar entre ambos tipos de terapeutas en relación al tipo y número de reglas emitidas a lo largo de la terapia. Este patrón consiste, por un lado, en una mayoría de reglas *Indefinidas* y *Generales*, así como una minoría de reglas *Concretas* y *Particulares*; por otro lado, una mayor concentración de reglas en la primera parte de la terapia a comparación de la poca concentración de reglas en la segunda parte.

La mayoría de reglas *Generales* e *Indefinidas* puede significar un intento del terapeuta, a lo largo de la terapia, por abarcar un rango mayor de conductas para

favorecer que el cliente sea capaz de aportar los conocimientos adquiridos fuera de la sesión.

Continuando con las similitudes entre las emisiones de los terapeutas, el tipo de regla predominante o minoritario también tiene significación clínica al mantener relación con la actividad que se lleva a cabo dentro de la terapia. Así, en las sesiones de evaluación, en las que predomina la actividad de recabado de información, se observa un descenso de reglas en ambos terapeutas. La sesión de la explicación del análisis funcional se relaciona a un alto número de reglas en comparación a las emitidas en toda la terapia, pero también una mayoría de reglas *Personales* sobre las de *Concepto* que está relacionado con la explicación detallada de las conductas del cliente y sus consecuencias como favorecedoras del problema. Las sesiones en las que se encuentran debates, se puede observar un aumento o, al menos, la presencia de reglas de tipo *Concepto*, ya que un modo efectivo de argumento es aludir a contingencias que no se limiten sólo a ciertas situaciones u otras características contextuales, si bien estas reglas podrían también resultar efectivas por el tono sentencioso que consiguen. Por último, en las sesiones en las que predomina la emisión de pautas de acción, se observa una disminución general de la emisión de reglas.

Además de estas similitudes, también se encontraron algunas diferencias. La diferencia más saliente es la prácticamente nula emisión de reglas *Concretas* y la reducida emisión de reglas *Particulares* por parte del terapeuta *inexperto* en comparación a las emitidas por el terapeuta *experto*. En este sentido, las reglas emitidas por el terapeuta *experto* parecen ser más variadas que las del *inexperto*. También es importante destacar la poca emisión de reglas de tipo *Concepto* por parte del terapeuta *inexperto*, a diferencia del *experto*, quien emite una mayor cantidad de este tipo de reglas, especialmente en momentos determinados, como en la primera mitad de la terapia y al final de la misma. Esto puede indicar una tendencia del terapeuta *experto* a empujar al cliente a entender la relación que se desea destacar sin restringirla a situaciones concretas; esto ayudaría al cliente a formarse reglas que operen en función de criterios abstractos, más allá de criterios situacionales que limiten la aplicación de la regla a otros contextos.

Atendiendo al tipo de actividad, en la sesión del análisis funcional, el terapeuta *experto* presenta una mayor frecuencia de todo tipo de reglas, sobre todo, reglas *Particulares* y *Concretas*, ya que éste tipo de reglas es escaso en el resto de la terapia. El aumento de estas reglas se relaciona con la explicación detallada de la génesis del

problema, en la cual es importante que el cliente entienda el papel del contexto en el que se desarrolló el problema, por lo que son comunes las descripciones sobre personas de su entorno y situaciones bien delimitadas. Este aumento no se observa en el terapeuta *inexperto*. El terapeuta *inexperto* comienza a explicar la génesis del problema una sesión antes, a pesar de anunciarle que la explicación de su problema se haría al día siguiente. De este modo, sólo se puede señalar una alta emisión de reglas en esta sesión, pero no tan alta como la sesión en la que se comenzó a explicar la génesis del problema. Aún así, destaca el aumento de reglas de tipo *Concepto* en la sesión de explicación formal pues se explican principios generales de aprendizaje. Del mismo modo, en las sesiones en las que el cliente describe una recaída en su estado de ánimo, el terapeuta *experto*, a diferencia del *inexperto*, presenta un aumento de reglas *Personales* y *Particulares*. Esto está relacionado a la explicación que el terapeuta da como hipótesis sobre lo que ha causado dicha recaída, para lo que utiliza descripciones en las que detalla la conducta del cliente en torno a las situaciones *Concretas* que han formado parte de la misma. Con respecto a las explicaciones abstractas sobre tópicos generales, el terapeuta *experto* presenta un aumento de reglas de tipo *Concepto*, en tanto que el *inexperto*, presenta una igualdad y mayoría de reglas *Personales*, lo que muestra la preferencia del terapeuta *inexperto* por utilizar descripciones de contingencias del cliente aún cuando la actividad no favorezca la descripción detallada de la conducta del cliente.

Estas diferencias que señalan la relación entre el tipo de regla emitido y el tipo de actividad llevado a cabo nos señalan que los terapeutas *expertos* mantienen una relación más evidente con respecto al tipo de actividad que se desarrolla en terapia que los terapeutas *inexpertos*.

A manera de resumen, atendiendo a las similitudes entre las reglas emitidas por ambos terapeutas y las variaciones con respecto a la actividad que se llevaba a cabo en distintos momentos de la terapia, podemos pensar que las reglas no se emiten al azar sino que el terapeuta sigue un patrón de emisión de regla.

En cuanto a la diferencia entre las reglas emitidas durante la primera mitad de la terapia nos hace plantearnos si el terapeuta utiliza las reglas principalmente como una herramienta de explicación de la génesis del problema y una vez explicado esto, utiliza las reglas como una herramienta totalmente secundaria, como ocurrió en la segunda parte del proceso en ambos casos.

Las diferencias entre las emisiones del terapeuta *experto* y el *inexperto* señalan que, a pesar de tener el mismo patrón, el terapeuta *experto* utiliza reglas de un modo distinto en algunos momentos de la terapia. Por un lado, el terapeuta *experto* presenta un mayor número de reglas *Particulares, Concretas* y de tipo *Concepto*, lo cual señala una mayor variabilidad del tipo de regla utilizado. Pero además, estas reglas no sólo difieren en cuanto al número, sino que guardan una relación evidente entre el tipo de regla y la actividad llevada a cabo en terapia, lo cual no se observa con las reglas de este tipo emitidas por el terapeuta *inexperto*. Estas diferencias nos hacen pensar que el terapeuta *experto*, a diferencia del *inexperto*, adapta su discurso para que sea mejor comprendido por el cliente.

Otra diferencia entre las reglas emitidas por el terapeuta *experto* y el *inexperto* merece estudiarse a parte. Se trata de la emisión de las reglas de tipo de *Concepto*, en concreto, hacia el final de la terapia. Que no haya un aumento de reglas de tipo *Concepto* al final de la terapia y que, en general, sean muy escasas, puede significar que al terapeuta *inexperto* le cuesta trabajo presentar descripciones de contingencia de manera que rompa con todo tipo de situacionalidad y prefiere moverse en descripciones de contingencias que tengan como agente de acción al mismo cliente o sujetos indefinidos en situaciones generales. En cambio, el terapeuta *experto* parece utilizar las reglas de tipo *Concepto* con mayor regularidad y hacia el final de la terapia, vuelve a utilizarlas, ayudando así al cliente no sólo a generalizar lo aprendido, sino a entender los criterios generales que provocaron su conducta problema y las conductas que le ayudaron a conseguir el cambio y su mantenimiento.

Teniendo en cuenta la muestra, es muy pronto para aventurarse con la generalización de los hallazgos encontrados. Al tratarse de dos casos con el mismo tipo de problemática podemos descartar que el patrón de regla encontrado dependa del tipo de problemática. En este sentido, falta analizar si aumentando la muestra y comparando distintas problemáticas los hallazgos de este estudio se mantienen.

El estudio realizado constituye el primer paso para determinar el papel de las reglas en terapia. Por una parte, dado que los resultados encontrados muestran que las categorías propuestas se distribuyen de un modo lógico y teóricamente coherente, podemos concluir que, en principio, el instrumento desarrollado parece tener cierta validez para analizar este tipo de verbalizaciones. Por otra parte, como mencionamos al principio del capítulo, este estudio nos ha permitido observar paso a paso el cambio de reglas a través del cambio terapéutico, lo que nos permite tener una panorámica del

fenómeno e identificar puntos que intentaremos analizar en estudios posteriores, como el que mostramos a continuación.



## CAPÍTULO VI

### *ESTUDIO EMPÍRICO 3: Estudio de las reglas emitidas por terapeutas en una amplia muestra de casos*

---

#### 1. INTRODUCCIÓN

El cambio clínico, siendo un fenómeno tan complejo que requiere de un largo camino para su estudio y para traducir los hallazgos en una mejora de la práctica clínica, no puede estudiarse de manera global, sino que su estudio obliga al análisis de cada una de las variables intervinientes de forma particular.

Teóricamente, una de esas variables es la emisión de reglas, sin embargo no hay evidencia empírica que lo demuestre de forma tajante y definitiva. En este sentido, la cuestión última que subyace a este trabajo de tesis consistiría en determinar si las reglas constituyen una variable importante para el cambio clínico y cuál es papel que ejercen dentro de la clínica. Una cuestión que no es fácil de responder, pero al menos intentaremos una aproximación a una respuesta inicial.

A este trabajo de tesis subyace un objetivo concreto que es la depuración de una función específica del terapeuta, la función informativa (según el SISC-CVT), en la cual se encuentran sin especificar verbalizaciones que pueden tener alguna carga importante para el cambio clínico y otras que no.

El estudio anterior ha significado la apertura del camino hacia dar una respuesta, cuyos resultados habrá que completar con los de este estudio. En este sentido, los dos objetivos principales planteados son: la validación del instrumento cuya construcción se mostró en el capítulo IV de este trabajo y la comprobación de los resultados encontrados en el estudio de caso.

El desarrollo de un instrumento de medida no puede finalizar hasta que no demuestre su efectividad para medir el objeto en cuestión. Quizá uno de los procedimientos más utilizados para evaluar la validez externa de un instrumento de

medida es su aplicación a diferentes casos. Se sugiere que la validez externa se puede aumentar al contrastar las hipótesis derivadas de un estudio de caso mediante un estudio comparativo entre casos (Kazdin, 2001). De este modo, el estudio de caso anterior debe completarse con el análisis de una muestra amplia de casos para poder determinar si el instrumento desarrollado es efectivo para el estudio de las reglas.

Dado que en el estudio anterior se tomaron como muestra dos casos con el mismo tipo de problemática no podemos descartar que los resultados sólo se relacionen con un tipo especial de problema. De esta forma, aumentar la muestra e incluir distintos tipos de problemas nos ayudará a determinar si el patrón de distribución de reglas o los resultados de la comparación entre los terapeutas expertos e inexpertos se ciñen sólo al caso concreto analizado o se mantiene independientemente del mismo.

Las hipótesis que intentaremos comprobar son: (1) una distribución distinta de reglas atendiendo al tipo de actividad llevada a cabo en sesión; (2) una emisión de reglas, por parte del terapeuta experto, más variadas y afines de acuerdo a los objetivos terapéuticos; (3) y, una progresión, a lo largo de la interacción, por parte del terapeuta experto, hacia un mayor número de reglas de tipo concepto.

## **2. MÉTODO**

### **2.1 *Participantes***

Para este estudio se utilizaron las grabaciones de 92 sesiones clínicas con una duración aproximada de una hora, procedentes de 19 casos clínicos diferentes dirigidos por terapeutas con distinto nivel de experiencia: 13 casos dirigidos por 4 terapeutas expertos (con más de cuatro años de experiencia) y 6 casos dirigidos por 5 terapeutas inexpertos (con dos o menos años de experiencia).

Dichas sesiones fueron grabadas en el Instituto Terapéutico de Madrid, gabinete privado del que procedían los terapeutas participantes.

La selección de los vídeos se detalla en el siguiente apartado, en el procedimiento. En la tabla VI.1 se muestran las características de las grabaciones analizadas.

En todos los casos, se trató de clientes adultos y la intervención psicológica fue individual y desde un enfoque conductual. Se consiguió el consentimiento de todos los

clientes, a los que se garantizó la confidencialidad y privacidad de los datos. Este procedimiento fue aprobado por el Comité de Ética e la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

**Tabla VI.1. Características de las grabaciones analizadas**

<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(16)	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 <sup>b</sup> (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'') S6 (0h 40' 02'') S7 (0h 51' 16'') S8 (0h 51' 11'')	2	H	31	5	M	29	Problemas de alimentación
7	12(10)	S2 (0h 50' 03'') S4 (0h 34' 13'') S6 (0h 49' 39'') S8 (0h 45' 12'') S10(0h 49'04'')	2	H	30	4	H	36	Problemas de ansiedad y habilidades sociales
8	10(9)	S2 (0h 54' 57'') S5 (0h 55' 00'') S7 (0h 20' 43'') S8 (0h 38' 22'') S10(0h 51'27'')	2	H	32	6	M	22	Bajo estado de ánimo
9	9(6)	S2 (0h 48' 06'') S2 (0h 45' 38'') S4 (1h 27' 58'') S8 (0h 48' 42'') S9 (0h 58'37'')	3	M	30	4	M	51	Fobia a volar
10	8(7)	S2 (1h 03' 35'') S4 (1h 01' 41'') S5 (0h 55' 19'') S6 (1h 00' 57'') S7 (0h 56' 04'')	3	M	33	7	M	35	Hipocondría y problemas de pareja
11 <sup>a</sup>	5(5)	S2 (0h 49' 15'') S3 (1h 08' 56'') S4 (1h 03' 59'') S5 (0h 51' 15'')	3	M	32	6	M	31	Problemas de ansiedad
12	13(12)	S2 (1h 09' 49'') S3 (1h 28' 06'') S5 (0h 49' 42'') S7 (0h 52' 32'') S12(1h 14'10'')	3	M	30	4	H	34	Habilidades sociales
13	9(8)	S1 (0h 51' 52'')	4	M	33	7	M	19	Fobia a

		S4 (0h 58' 54'')								atragantarse
		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 <sup>a</sup>	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 <sup>b</sup> (0h 20'43'')								
		S9 (0h 19' 02'')								
19 <sup>a</sup>	9(7)	S1 (1h 05' 46'')	9	M	24	1	H	25		Problemas de alimentación
		S5 (1k 14' 40'')								
		S6 (0h 58' 15'')								
		S8 (1h 09' 45'')								

T = Terapeuta; C = Cliente; S = Sesión; M = Mujer; H = Hombre

<sup>a</sup> La sesión correspondiente a la fase final de tratamiento no pudo ser grabada y, por tanto, tampoco analizada.

<sup>b</sup>Partede la sesión se desarrolló fuera de la clínica

## 2.2 Variables e instrumentos

La Tabla VI. 2 muestra las variables e instrumentos considerados en este estudio.

**Tabla VI.2. Variables e instrumentos**

<i>Variables de estudio</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variables referidas a las reglas emitidas por el terapeuta.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Personal Particular</li> <li>1.2 Personal General</li> <li>1.3 Concreto Particular</li> <li>1.4 Concreto General</li> <li>1.5 Indefinido Particular</li> <li>1.6 Indefinido General</li> <li>1.7 Concepto</li> </ol> </li> <li>2. Variables referidas a la experiencia del terapeuta.               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Experto</li> <li>2.2 Inexperto</li> </ol> </li> </ol>
<i>Variables de bloqueo</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fase de intervención (variable categórica)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase de evaluación</li> <li>• Fase de explicación del análisis funcional y plan de tratamiento</li> <li>• Fase de inicio del tratamiento</li> <li>• Fase de desarrollo del tratamiento</li> <li>• Fase de finalización del tratamiento</li> </ul> </li> </ol>
<i>Instrumentos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT)</li> <li>2. Sistema de Categorización de las Reglas emitidas por el Terapeuta (SISC-REGLAS-T)</li> <li>3. <i>The Observer XT</i> versión 6.0 y 7.0</li> <li>4. <i>SPSS 17.0</i></li> </ol>

### Variables referidas a las reglas emitidas por el terapeuta

Se crearon 7 variables cuantitativas en las que describían las reglas registradas. Estas variables se referían al tipo de agente: Personal, Concreto, Indefinido y Concepto; y al tipo de contexto: Particular y General.

*Variables de bloqueo: fase de intervención*

Las fases de intervención, detalladas en la tabla VI.2, se decidieron crear con el fin de tener un muestreo representativo de las distintas etapas por las que evoluciona el proceso terapéutico. En el apartado de procedimiento se explica con detalle el proceso de selección de las sesiones utilizadas.

Estas fases de intervención se basaron en la división tradicional de fases, especialmente de las intervenciones terapéuticas consideradas dentro del enfoque conductual. La división tradicional contempla las fases de evaluación, tratamiento y consolidación del cambio o seguimiento (como Ninness, Glenn y Ellis, 1993; Turkat, 1985). A diferencia de esta división, las etapas comprendidas en la variable de este estudio fueron las siguientes:

- *Fase de evaluación:* sesiones previas a la sesión de explicación del análisis funcional y la propuesta del tratamiento.
- *Fase de explicación del análisis funcional y la propuesta del tratamiento:* la sesión o sesiones de explicación del análisis funcional y plan de tratamiento del problema por el cliente asiste a consulta.
- *Fase de inicio del tratamiento:* consistió en el primer tercio de las sesiones posteriores a la sesión de explicación del análisis funcional.
- *Fase de desarrollo del tratamiento:* se trató del segundo tercio de las sesiones posteriores a la sesión de explicación del análisis funcional.
- *Fase de finalización del tratamiento:* comprendió el último tercio de las sesiones posteriores a la de explicación del análisis funcional.

En esta clasificación se puede observar que prevalecieron las fases tradicionales de evaluación y tratamiento. Sin embargo, esta última fase se dividió en tres: inicio, desarrollo y fin. Una segunda diferencia fue la inclusión de una fase de explicación del análisis funcional. La razón de la inclusión de esta fase obedeció a dos criterios. El primero de estos criterios alude a la información de los terapeutas expertos participantes en la investigación, según la cual, en la mayoría de las intervenciones llevadas a cabo con orientación conductual se toma, por lo menos, una sesión dedicada a la explicación de la génesis, evolución y mantenimiento del problema del cliente y el plan de tratamiento. El segundo criterio se refiere a la opinión de diferentes investigadores que

distinguen una fase separada de la de evaluación y de tratamiento, un momento de terapia dedicado a “la entrevista de devolución de la información” (Crespo y Larroy, 1998; Méndez, Orgilés y Espada, 2006) o un momento de presentación del problema del cliente y de cómo puede abordarse bajo una conceptualización conductual (Sarwen y Sayers, 1998). Por último, se decidió renunciar a la fase de consolidación o seguimiento porque en el ámbito privado, principalmente, debido al costo de cada sesión, el seguimiento es más difícil y se suele hacer vía correo electrónico o por otros medios menos costosos.

### *Materiales e instrumentos*

La grabación de las sesiones se hizo en el centro colaborador a través de un circuito cerrado de cámaras y vídeo. La cámara se instaló en una esquina del despacho a espaldas del cliente y colocó del tal modo que sólo se captaba el rostro del terapeuta.

Para la identificación de las verbalizaciones cuya función era *Informativa*, se utilizó el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta o SISC-CVT* (ver tabla V.3).

Para la codificación de las reglas del terapeuta, el *Sistema de Categorías del las Reglas emitidas por el Terapeuta o SISC-REGLAS-T* (ver tabla V.2) con la ayuda del software *The Observer XT* versión 6.0.

La versión 7.0 del programa *The Observer XT* se utilizó para el análisis del grado de acuerdo inter e intrajueces. Los análisis estadísticos de los datos, se llevó a cabo utilizando el software *SPSS 17.0*.

### **2.3 Procedimiento**

Antes o durante la primera sesión, se obtuvo el consentimiento del director del centro colaborador, de los terapeutas y de los clientes. A partir de ese momento, se continuó grabando todo el caso hasta la última sesión.

La mayoría de los casos fueron grabados directamente a formato DVD, aunque algunas fueron grabadas en formato VHS o MPEG. Ambos tipos de grabaciones fueron transformadas a MPEG-2, formato requerido por el programa *The Observer XT*.

El proceso de selección de las sesiones fue llevado a cabo por una persona con una amplia formación teórica y práctica en terapia de conducta. Primero, se dividió el caso completo en las cinco fases mencionadas en el apartado anterior de acuerdo al

siguiente procedimiento: se identificó la sesión (o sesiones, en algunas ocasiones) de *explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento*, sesión que el terapeuta dedica a explicar al cliente las causas que mantenían el problema, el plan de intervención a seguir y los objetivos terapéuticos. Las sesiones anteriores a esta fase de explicación, conformaban la fase de *evaluación*, y las posteriores, a la fase de *tratamiento*. Las sesiones comprendidas en esta fase, fueron divididas en tres grupos con aproximadamente el mismo número de sesiones, respetando el orden cronológico de las mismas. De este modo, estos tres grupos correspondían a las fases de *inicio*, *desarrollo* y *finalización del tratamiento*. En tres casos las sesiones correspondientes a la finalización del tratamiento no pudieron ser grabadas, de modo que sólo se analizaron las sesiones de inicio y desarrollo del tratamiento.

Una vez divididas las sesiones en las cinco fases, en las fases compuestas por más de una sesión, se seleccionó la sesión de forma aleatoria. Después de seleccionar las grabaciones a observar, se llevó a cabo la codificación y el registro de la conducta verbal de los terapeutas mediante el SISC-CVT para la identificación de las verbalizaciones *Informativas*<sup>2</sup>. El SISC-CVT, el cual obtuvo niveles Kappa valoradas como “excelentes”, según el análisis realizado por Ruíz-Sancho (2011). Tomando como nueva muestra estas verbalizaciones *Informativas*, se codificaron y registraron las reglas emitidas por el terapeuta a través del SISC-REGLAS-T. Tanto el SISC-CVT y el SISC-REGLAS-T se muestran en los estudios empíricos 2 y 3.

Con el fin de garantizar un adecuado grado de acuerdo intra e inter observadores en el registro de las sesiones, se evaluó de forma periódica la concordancia entre los registros realizados. La selección de las sesiones para el cálculo de la fiabilidad obtenido se hizo atendiendo a dos criterios: un criterio aleatorio y un segundo criterio que aludía a un mínimo de reglas. Según el criterio aleatorio, se tomó una de cada 8, 9 o 10 sesiones, dependiendo de si la sesión elegida cumplía con el segundo criterio. El segundo criterio aludía a tomar sólo sesiones que cumplieran con al menos 10 reglas en el caso de sesiones dirigidas por terapeutas expertos y 20 reglas en las sesiones dirigidas por terapeutas inexpertos. Este último criterio, como ya explicamos en el capítulo anterior, se incluyó porque el modo de expresión de los terapeutas inexpertos, caracterizado principalmente por no terminar las frases o dar rodeos para decir algo,

---

<sup>2</sup>Como se mencionó en el capítulo 2, aunque bien podrían algunas verbalizaciones motivadoras (según los criterios del SISC-CVT) ser clasificadas como reglas, no se contemplarán en este trabajo, por lo que sólo algunas de las verbalizaciones cuya función es informativa pueden ser clasificadas como reglas.

dificultaba la identificación de reglas. Por tanto, al seleccionar sólo las sesiones que tuvieran más de 20 reglas en el caso de los terapeutas inexpertos, dichas dificultades podían ser disminuidas.

Para el análisis el grado de fiabilidad intra e interjueces se procedió al cálculo del porcentaje de acuerdo y del coeficiente kappa. Los resultados de fiabilidad son los mismos que en el estudio IV, señalados en la tabla IV.4.

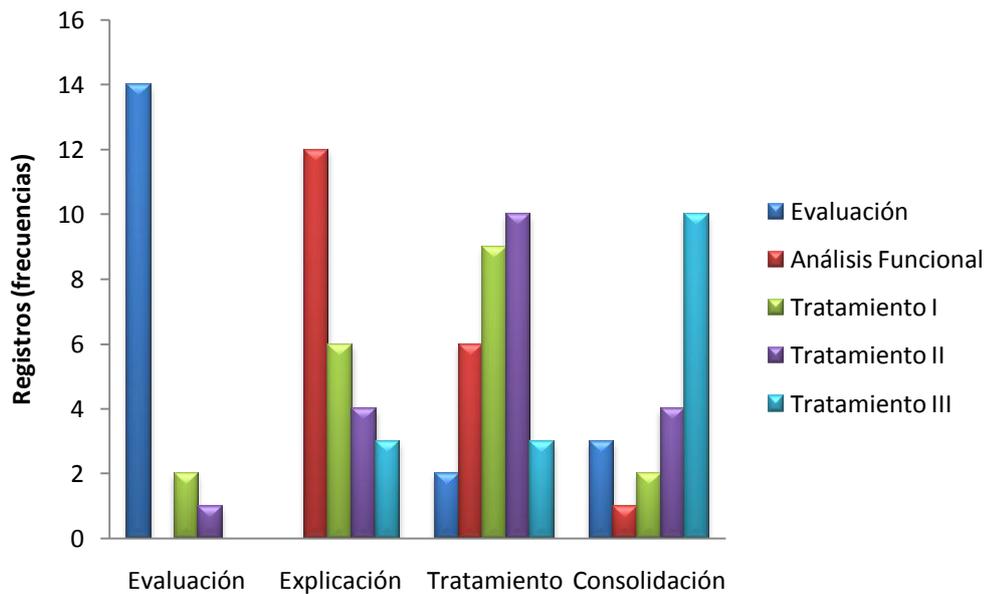
### **3. RESULTADOS**

Se realizó un análisis de conglomerados, para identificar los grupos que se forman de acuerdo a los tipos de reglas del SISC-REGLAS en el proceso terapéutico. Sin embargo, no fue posible agrupar los registros observados en cuatro conglomerados relacionados a las cuatro actividades clínicamente relevantes, como se habían clasificado los registros de acuerdo a las categorías generales del SISC-CVT en anteriores investigaciones (Montaño, 2008; Ruiz-Sancho, 2011). En estos estudios se demuestra que estos conglomerados no presentan una relación directa con la fase de intervención a la que pertenece una sesión, sino, fundamentalmente, se relacionan con el objetivo concreto perseguido por el psicólogo en cada momento del proceso terapéutico, es decir, con la actividad clínicamente relevante.

Por tanto, se utilizaron los mismos conglomerados utilizados por Ruiz-Sancho (2011), ya que se trataba de las mismas sesiones. Los registros observados que conformaban toda la muestra, independientemente de las fases a las que pertenecieran, fueron organizados en cuatro grupos mediante un análisis de conglomerados jerárquico, utilizando como método de conglomeración el método de Ward y como medida de similitud la distancia euclídea al cuadrado.

El primer grupo incluyó 17 (18,5%) registros, el segundo 25 (27,7%), el tercero 30 (32,6%) y el cuarto 20 (27,2%). El gráfico VI.1 recoge los tipos de registros incluidos en cada conglomerado según la fase terapéutica.

**Gráfico VI. 1.** *Número de registros de cada fase terapéutica incluidos en cada conglomerado.*



Como se puede observar en el gráfico, el primer grupo contiene la mayor parte de las sesiones pertenecientes a la fase de evaluación, por lo que se le dio el nombre de grupo **de evaluación**. El segundo grupo, que contiene el mayor número de sesiones pertenecientes a la fase de explicación del análisis funcional y plan de tratamiento, se nombró el grupo **de explicación**. Del mismo modo, el tercer grupo, el **de tratamiento**, contiene la mayoría de las sesiones de la etapa inicial del tratamiento. Por último, en el grupo 4 o **de consolidación**, predominan las sesiones de las dos últimas partes del tratamiento.

Atendiendo a estos conglomerados se hicieron dos análisis diferentes de las reglas emitidas. En el primero se analiza toda la muestra, mientras en el segundo, se compara la emisión de los terapeutas expertos con la de los inexpertos.

### **3.1** *Estudio de las reglas emitidas por los terapeutas de acuerdo a los cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes*

Atendiendo a estos grupos, se analizaron las diferencias con respecto al tipo de agente y de contexto evaluados en el SISC-REGLAS-T. Las diferencias encontradas con respecto al tipo de categoría se muestran en la tabla VI.3.

**Tabla VI.3.** Estadísticos descriptivos para las variables de reglas según el tipo de agente emitidas en cada uno de los grupos resultantes del análisis de conglomerados.

Tipo de regla	Evaluación n = (17)		Explicación n = (25)		Tratamiento n = (30)		Consolidación n = (20)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Tipo de agente<sup>a</sup></i>								
<b>Personal</b>	17,611	13,110	24,245	11,523	21,056	13,030	20,022	10,179
<b>Concreto</b>	4,537	5,846	4,122	3,872	4,372	6,752	2,208	4,072
<b>Indefinido</b>	41,207	17,751	56,037	12,161	52,804	15,438	56,502	15,153
<b>Concepto</b>	36,645	20,031	15,595	6,341	21,768	10,488	21,268	11,886
<i>Tipo de contexto<sup>a</sup></i>								
<b>Particular</b>	5,481	11,488	13,778	10,837	10,986	10,866	14,005	13,383
<b>General</b>	94,519	11,488	86,222	10,837	89,014	10,866	85,995	13,383
<i>Total de reglas<sup>b</sup></i>								
<b>Total</b>	5,05	3,304	24,86	15,344	15,35	8,774	9,89	6,913

<sup>a</sup>Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de reglas durante la sesión

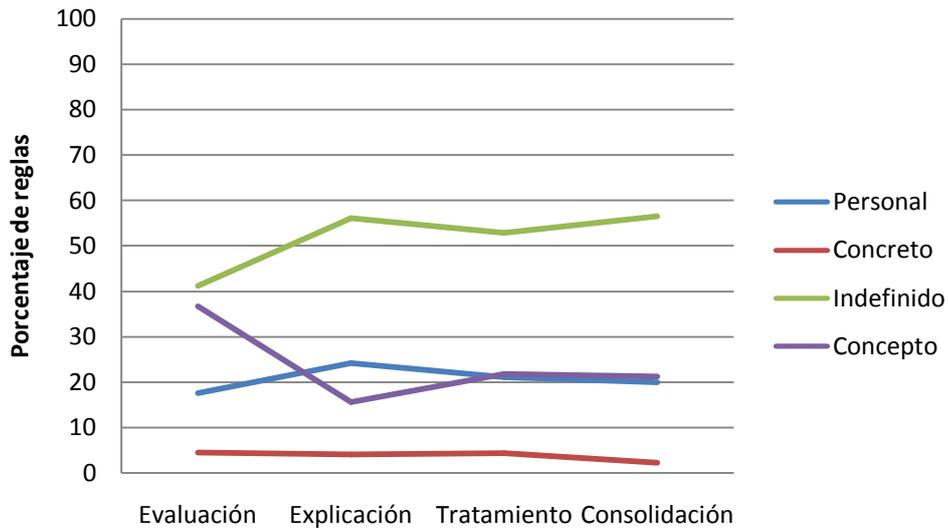
<sup>b</sup>Variable medida en frecuencia.

A simple vista, tal como lo muestra la tabla y los gráficos VI.2 y VI.3, se puede comprobar que las reglas utilizadas no sufren cambios importantes de acuerdo a los distintos momentos del proceso terapéutico, excepto algunos cambios en los momentos de *evaluación* y *explicación*.

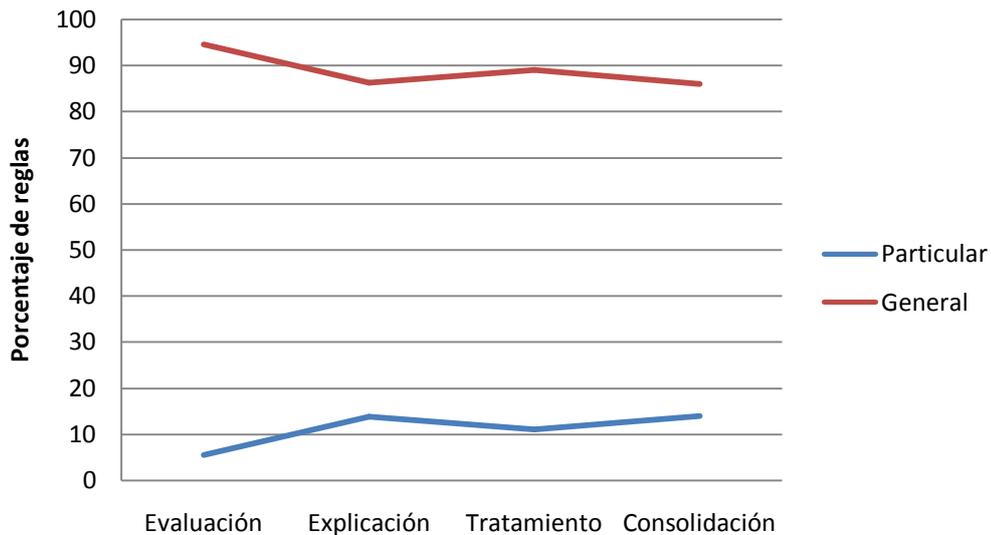
De manera específica, de acuerdo al tipo de agente, se mantiene una mayoría de reglas *Indefinidas*, que tienden a aumentar a lo largo de la terapia, y una minoría de reglas *Concretas*, que tienden a disminuir al final de la terapia. Lo que no sucede con las reglas *Personales* y de tipo *Concepto*, que invierten su primacía en los momentos de *explicación* y se mantienen constantes e indiferenciadas en los momentos de *tratamiento* y *consolidación*.

Atendiendo al tipo de contexto, también se mantiene una mayoría de reglas *Generales* y una minoría de reglas *Particulares*. Sin embargo, las reglas *Generales* tienden a disminuir ligeramente hacia el final de la terapia, en tanto que las reglas *Particulares*, a aumentar.

**Gráfico VI. 2.** Porcentaje medio de reglas emitidas por el terapeuta, de acuerdo al tipo de agente, en cada actividad clínicamente relevante.



**Gráfico VI. 3.** Porcentaje medio de reglas emitidas por el terapeuta, de acuerdo al tipo de contexto, en cada actividad clínicamente relevante.



### 3.1.1 Comparación entre las actividades clínicamente relevantes con respecto al tipo de regla emitido

Dado que algunas de las variables concernientes al tipo de regla (reglas *Particulares* y *Concretas*) no cumplen con los supuestos de normalidad, de acuerdo a la prueba Kolmogorov-Smirnov y, por otra parte, debido al pequeño tamaño muestral de algunos de los grupos, se aplicaron distintas pruebas no paramétricas para analizar las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Para determinar si existían diferencias significativas entre los grupos con respecto a cada una de las variables se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis, tomando como variable de agrupación las cuatro actividades clínicamente relevantes desempeñadas durante el proceso terapéutico. Posteriormente, en relación a los resultados obtenidos, se realizó una segunda prueba, la U de Mann-Whitney acompañada de la corrección de Bonferroni para controlar la probabilidad de cometer errores de tipo I.

Los resultados encontrados muestran que la mayoría de los tipos de reglas permanecen constantes a lo largo del proceso terapéutico. Las únicas diferencias significativas se encontraron en las reglas *Indefinidas* ( $X_3=10,448$ ;  $p=0,015$ ) y de tipo *Concepto* ( $X_3=15,635$ ;  $p=0,001$ ), atendiendo al tipo de agente. Las reglas *Indefinidas* tienden a ser más relevantes en el grupo de *explicación* ( $Z=-3,053$ ;  $p= 0,002$ ) y *consolidación* ( $Z=-2,796$ ;  $p= 0,005$ ), mientras que en el grupo de *evaluación* son menos relevantes. Las reglas de tipo *Concepto* son más relevantes en el grupo de *evaluación* ( $Z=-3,539$ ;  $p= 0,000$ ) y menos relevantes en los momentos de *explicación*. Con respecto al tipo de contexto, sólo se encuentra que las reglas *Generales y Particulares* ( $X_3=10,2578$ ;  $p=0,017$ ) presentan diferencias significativas en el grupo de *evaluación* con respecto al grupo de *explicación*. En el grupo de *explicación*, las reglas *Particulares* cobran mayor relevancia ( $Z=-2,997$ ;  $p= 0,003$ ) que en el grupo de *evaluación*.

### **3.1.2 Comparación entre las variables concernientes al tipo de regla emitido dentro de cada actividad clínicamente relevante**

Dado que las diferencias más llamativas se encontraron con respecto al tipo de regla utilizado dentro de cada grupo, se realizó un análisis estadístico para identificar las diferencias significativas. Con el fin de comprobar si existen diferencias significativas con respecto al tipo de regla emitido, se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman. En relación a estos resultados, para analizar las variables que difieren entre sí, se utilizó la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, acompañada de la corrección de Bonferroni para controlar la tasa de error (probabilidad de cometer errores de tipo I). Los resultados se muestran en la siguiente tabla (ver tabla VI.4).

**Tabla VI.4.** Estadístico de contraste y nivel crítico para cada variable según el tipo de agente y de contexto aplicando la prueba de Wilcoxon.

Prueba de Wilcoxon																
Tipo de agente <sup>a</sup>	Evaluación				Explicación				Tratamiento				Consolidación			
	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría
Personal-Concreto	-2,844	0,004*	Pers.		-4,286	0,000*	Pers.		-3,964	0,000*	Pers.		-3,597	0,000*	Pers.	
Personal-Indefinido	-2,897	0,004*	Indef.	1°	-4,106	0,000*	Indef.	1°	-4,176	0,000*	Indef.	1°	-3,845	0,000*	Indef.	1°
Personal-Concepto	-2,480	0,013	-	Indefinido y Concepto	-2,857	0,004*	Pers.	2°	-0,076	0,939	-	2°	-,071	0,943	-	2°
Concreto-Indefinido	-3,517	0,000*	Indef.	Personal y Concepto	-4,372	0,000*	Indef.	3°	-4,703	0,000*	Indef.	Personal y Concepto	-3,921	0,000*	Indef.	Personal y Concepto
Concreto-Concepto	-3,517	0,000*	Ccpt.	3°	-4,257	0,000*	Ccpt.	4°	-4,454	0,000*	Ccpt.	3°	-3,920	0,000*	Ccpt.	3°
Indefinido-Concepto	-,738	0,460	-	Concreto	-4,373	0,000*	Indef.	Concreto	-4,207	0,000*	Indef.	Concreto	-3,641	0,000*	Indef.	Concreto
Tipo de contexto <sup>a</sup>	Evaluación				Explicación				Tratamiento				Consolidación			
	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría
Particular-General	-3,822	0,000**	Gral.	1°	-4,374	0,000**	Gral.	1°	-3,831	0,000**	Gral.	1°	-3,823	0,000**	Gral.	1°
				2°				2°				2°				2°
				Particular				Particular.				Particular				Particular

\*Significativo tomando en cuenta en consideración 0,0083.

\*\*Significativo tomando en cuenta en consideración 0,05.

<sup>a</sup>Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de reglas durante la sesión.

(+) Tipo de regla mayoritario del par en cuestión.

En definitiva, no se puede afirmar que el tipo de regla caracterice las actividades clínicamente relevantes, puesto que en la mayoría de los casos, las diferencias se mantienen a lo largo del proceso terapéutico. Sin embargo, se puede observar un patrón en el modo en el que el terapeuta utiliza las reglas.

Tal como la muestra la tabla VI.4, en todos los grupos se observa una minoría de reglas *Concretas* y una supremacía de las reglas *Indefinidas*, a excepción de los momentos de *evaluación*, en los que no hay una diferencia significativa entre las reglas *Indefinidas* y de tipo *Concepto*. Sólo en el grupo de *explicación* es posible comprobar, además, una mayoría de las reglas *Personales* sobre las reglas de tipo *Concepto*, ya que en los demás grupos no hay diferencias significativas entre éstos dos tipos de regla. Con respecto al tipo de contexto, en cada uno de los grupos se puede comprobar la minoría de reglas *Particulares* frente a la mayoría de reglas *Generales*. En resumen, se observa un patrón regular a lo largo de la terapia, con pequeñas variaciones en determinados momentos.

### 3.1.3 Comparación entre las actividades clínicamente relevantes respecto al tipo de subcategoría y comparación entre las subcategorías emitidas en cada actividad

En la tabla siguiente se muestran los valores descriptivos de las subcategorías o elementos de la contingencia emitidos en cada una de las actividades. Se señala en la tabla VI.5, los estadísticos descriptivos del tipo de subcategoría emitido y en el gráfico VI.4, el porcentaje medio de las subcategorías emitidas en cada actividad clínicamente relevante.

**Tabla VI. 5.** Estadísticos descriptivos para las variables de reglas según el tipo de subcategoría emitido en cada uno de los grupos resultantes del análisis de conglomerados.

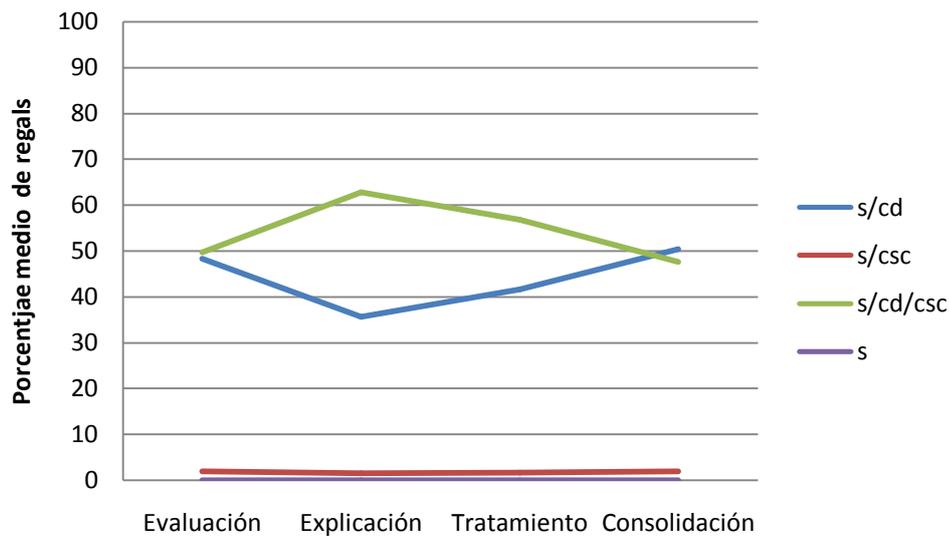
Tipo de agente <sup>a</sup>	Evaluación		Explicación		Tratamiento		Consolidación	
	n = (17)		n = (25)		n = (30)		n = (20)	
<b>Sit/Cd</b>	48,277	15,259	35,600	14,087	41,508	19,261	50,350	19,717
<b>Sit/Csc</b>	1,937	4,996	1,592	2,498	1,655	3,390	1,977	3,995
<b>Sit/Cd/Csc</b>	49,785	14,999	62,808	13,311	56,764	18,669	47,674	19,058
<b>Sit</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,072	0,397	0,000	0,000

<sup>a</sup>Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de reglas en sesión. Sit=situación; Cd=conducta; Csc=Consecuencia.

Atendiendo a la tabla y al gráfico, se puede observar que no hay prácticamente emisión del elemento de *situación* solamente ni tampoco de *situación/consecuencia*.

Sin embargo se pudo establecer una mayoría de reglas con los tres elementos de la contingencia en los momentos de *explicación y tratamiento* y una menor emisión de los elementos *situación/conducta*. Aunque en los momentos de *evaluación y consolidación* no hay diferencia evidente entre los dos tipos de subcategorías. Para comparar la emisión de los elementos de la contingencia en cada actividad clínicamente relevante, se realizó la prueba H de Kruskal-Wallis.

**Gráfico VI. 4.** Porcentaje medio de las subcategorías emitidas en cada actividad clínicamente relevante.



Los resultados muestran que sólo las subcategorías: *situación/conducta* ( $X_3=9,478$ ;  $p=0,024$ ), y *situación/conducta/consecuencia* ( $X_3=11,581$ ;  $p=0,009$ ) cambian a lo largo del proceso. Para comparar las diferencias entre cada actividad se realizó la prueba U de Mann-Whitney. En esta prueba sólo pudieron constatarse diferencias dentro de la subcategoría *situación/conducta/consecuencia* en los momentos de *explicación*, en donde aparece con mayor importancia que en los momentos de *evaluación* ( $Z=-2,731$ ;  $p=0,006$ ) y *consolidación* ( $Z=-2,753$ ;  $p=0,006$ ).

También se realizó la prueba de Friedman para comparar si existían diferencias significativas entre las reglas emitidas en cada una de las actividades. En relación a los resultados, se aplicó la prueba de Wilcoxon para determinar qué reglas difieren significativamente de las otras.

**Tabla VI.6.** Estadístico de contraste y nivel crítico para cada variable según la subcategoría aplicando la prueba de Wilcoxon.

Tipo de agente <sup>a</sup>	Evaluación				Explicación				Tratamiento				Consolidación			
	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría	Z	P	(+)	Mayoría
St/Cd-St/Cs	-3,627	0,000*	St/Cd		-4,373	0,000*	St/Cd		-4,782	0,000*	St/Cd		-3,920	0,000*	St/Cd	
St/Cd-Sit/Cd/Cs	-,175	0,861	-	1°	-3,657	0,000*	St/Cd/Cs	1° St/Cd/Cs	-2,417	0,016	-	1° St/Cd St/Cd/Cs	-,221	0,825	-	1° St/Cd St/Cd/Cs
St/Cd-St	-3,634	0,000*	St/Cd	2° St/Cd St/Cd/Cs	-4,373	0,000*	St/Cd	2° St/Cd	-4,782	0,000*	St/Cd	2° St/Cd/Cs	-3,920	0,000*	St/Cd	2° St/Cd/Cs
St/Cs-St/Cd/Cs	-3,627	0,000*	St/Cd/Cs	3° St/Cs St	-4,373	0,000*	St/Cd/Cs	3° St/Cs	-4,703	0,000*	St/Cd/Cs	3° St/Cs	-3,920	0,000*	St/Cd/Cs	3° St/Cs
St/Cs-St	-1,604	0,109	-		-2,803	0,005*	St/Cs	4° St	-2,668	0,007*	St/Cs	3° St	-2,032	0,004*	St/Cs	3° St
St/Cd/Cs-St	-3,628	0,000*	St/Cd/Cs		-4,373	0,000*	St/Cd/Cs		-4,703	0,000*	St/Cd/Cs		-3,920	0,000*	St/Cd/Cs	

St=situación; Cd=conducta; Cs=Consecuencia.

\*Significativo tomando en cuenta en consideración 0,0083.

<sup>a</sup>Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de reglas durante la sesión.

(+) Tipo de regla mayoritario del par en cuestión.

Como lo muestra la tabla VI.6, en los momentos de *evaluación* sólo se puede establecer que las subcategorías *situación/conducta* y *situación/conducta/consecuencia* son predominantes sobre las demás subcategorías. En la actividad de *explicación*, se observa una diferencia entre las cuatro subcategorías, siendo predominante la de *situación/conducta/consecuencia*, seguida de *situación/conducta*, después *situación/consecuencia* y, como menos predominante, *situación*. En los momentos de *tratamiento* y *consolidación* no se puede establecer una diferencia entre *situación/conducta* y *situación/conducta/consecuencia*, pero son predominantes frente las demás subcategorías, y la subcategoría *situación/consecuencia* es predominante sobre la de *situación*.

### 3.2 Estudio de las diferencias entre las reglas emitidas por terapeutas expertos y terapeutas inexpertos

#### 3.2.1 Comparación entre las variables concernientes al tipo de regla emitido dentro de cada actividad clínicamente relevante

A continuación se muestran los estadísticos descriptivos de las reglas emitidas por los terapeutas expertos e inexpertos.

**Tabla VI.7.** Estadísticos descriptivos para las variables de reglas según el tipo de agente emitidas por los terapeutas expertos en cada uno de los grupos resultantes del análisis de conglomerados.

Tipo de regla <sup>a</sup>	Evaluación n = (12)		Explicación n = (18)		Tratamiento n = (21)		Consolidación n = (13)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Tipo de agente</i>								
<b>Personal</b>	19,447	12,392	23,973	10,942	16,494	9,788	21,346	9,491
<b>Concreto</b>	5,872	6,314	4,979	3,993	5,406	7,734	2,455	4,864
<b>Indefinido</b>	42,949	14,154	56,545	11,472	56,510	11,199	52,217	12,679
<b>Concepto</b>	31,732	17,914	14,503	4,847	21,590	10,017	23,982	11,708
<i>Tipo de contexto</i>								
<b>Particular</b>	7,765	13,138	16,786	10,777	14,339	10,857	20,699	11,877
<b>General</b>	92,235	13,138	83,214	10,777	85,661	10,857	79,301	11,877
<i>Total de reglas<sup>b</sup></i>								
<b>Total</b>	5,27	3,598	27,03	17,006	15,25	7,011	10,32	8,231

<sup>a</sup>Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de reglas durante la sesión

<sup>b</sup>Variable medida en frecuencia.

**Tabla VI. 8.** Estadísticos descriptivos para las variables de reglas según el tipo de agente emitidas por los terapeutas inexpertos en cada uno de los grupos resultantes del análisis de conglomerados.

Tipo de regla <sup>a</sup>	Evaluación n = (5)		Explicación n = (7)		Tratamiento n = (9)		Consolidación n = (7)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Tipo de agente</i>								
<b>Personal</b>	13,205	15,194	24,946	13,823	31,702	13,923	17,564	11,709
<b>Concreto</b>	1,333	2,981	1,918	2,635	1,958	2,516	1,750	2,196
<b>Indefinido</b>	37,026	26,047	54,731	14,694	44,157	20,741	64,460	17,085
<b>Concepto</b>	48,436	21,825	18,404	9,028	22,184	12,151	16,226	11,295
<i>Tipo de contexto</i>								
<b>Particular</b>	0,000	0,000	6,043	6,614	3,163	5,916	1,573	2,769
<b>General</b>	100,000	0,000	93,957	6,614	96,837	5,916	98,427	2,769
<i>Total de reglas<sup>b</sup></i>								
<b>Total</b>	4,54	2,756	19,27	8,473	15,58	12,495	9,11	3,838

<sup>a</sup>Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de reglas durante la sesión

<sup>b</sup>Variable medida en frecuencia.

Gráfico VI. 5 y VI. 6. Porcentaje medio de las reglas según el tipo de agente emitidas por los terapeutas expertos e inexpertos.

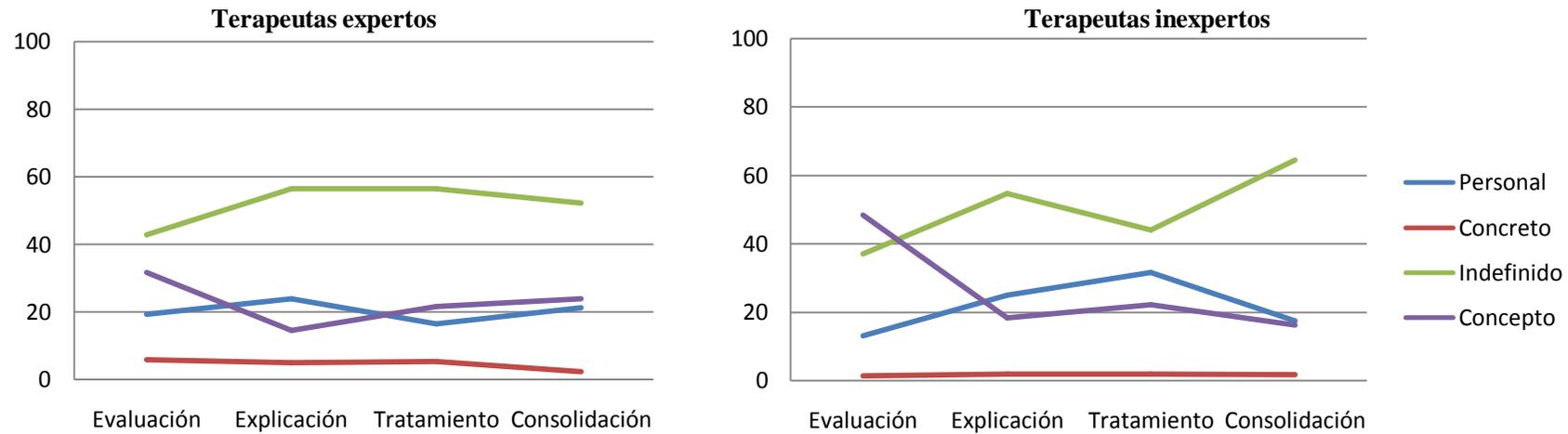
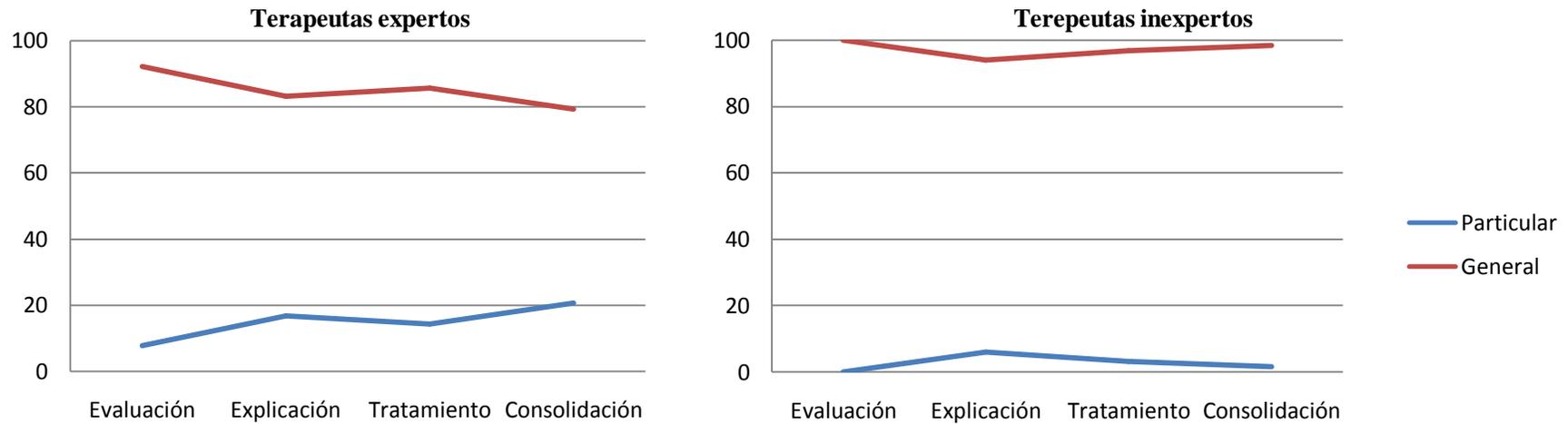


Gráfico VI. 7 y VI.8. Porcentaje medio de las reglas según el tipo de contexto emitidas por los terapeutas expertos e inexpertos.



Según lo muestran las gráficas VI.5, VI.6, VI.7 y VI.8, las emisiones de reglas hechas por terapeutas *expertos* e *inexpertos* siguen un patrón muy similar, en donde, por un lado, predominan las reglas *Indefinidas* y aparecen minoritariamente las reglas *Concretas*. Por otro lado, predominan las reglas *Generales* y escasean las reglas *Particulares*. Sin embargo, hay diferencias específicas que justifican el análisis detallado de las mismas.

Para determinar si existían diferencias significativas se aplicó una prueba U de Mann-Whitney. Cuando se comparan todas las reglas emitidas por los terapeutas *expertos* e *inexpertos* sin tener en cuenta las actividades clínicamente relevantes, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las reglas *Concretas* ( $Z=-2,297$ ;  $p=0,022$ ); *Particulares* ( $Z=-4,984$ ;  $p=0,000$ ) y *Generales* ( $Z=-4,984$ ;  $p=0,000$ ). De manera específica, los terapeutas *expertos* dan mayor importancia a la emisión de reglas *Concretas* y *Particulares*; mientras que los terapeutas *inexpertos* se centran principalmente en la emisión de reglas *Generales*.

Al realizar comparaciones por pares entre las reglas emitidas por los terapeutas *expertos* e *inexpertos* en cada una de las actividades, se encuentran diferencias significativas en los tipos de regla *Personal*, en los momentos de *tratamiento* ( $Z=-2,671$ ;  $p=0,007$ ) y en los tipos de regla *General* y *Particular* en los momentos de *explicación* ( $Z=-2,153$ ;  $p=0,031$ ), *tratamiento* ( $Z=-2,891$ ;  $p=0,004$ ) y *consolidación* ( $Z=-3,634$ ;  $p=0,000$ ).

Específicamente, los terapeutas *expertos* emiten con mayor frecuencia que los *inexpertos* reglas *Particulares* en todos los momentos. Los terapeutas *inexpertos* sólo las utilizan en los momentos de *explicación* y emiten con mayor frecuencia reglas *Generales* en los momentos de *explicación*, *tratamiento* y *consolidación*, al tiempo que disminuyen en los terapeutas *expertos*. De hecho se observa un aumento paulatino por parte de los terapeutas *inexpertos*. Además, los terapeutas *inexpertos* muestran un aumento significativo, en comparación a los *expertos*, de las reglas *Personales* en los momentos de *tratamiento*, consiguiendo su punto más alto. En cambio, los *expertos* consiguen el punto más alto de reglas *Personales* en los momentos de *explicación* y el más bajo en los de *tratamiento*.

A pesar de que no se muestran diferencias significativas en los demás tipos de regla, creemos importante, por su significación clínica, mencionar el cambio de las reglas de tipo *Concepto*, ya que en los terapeutas *inexpertos* se muestra un descenso continuo a lo largo de la terapia, cuando en los *expertos* este descenso sólo se observa

durante la actividad de *explicación*. También la evolución de las reglas *Indefinidas*, las cuales en los momentos de *tratamiento* aumentan por parte de los terapeutas con mayor experiencia, pero disminuyen en los de menor experiencia; y en los momentos de *consolidación*, descienden en los *expertos*, mientras que aumenta en los *inexpertos*.

También puede observarse que la media general de reglas emitidas por los terapeutas *expertos* y los *inexpertos* no es muy distinta, sólo en el grupo de *explicación* esta diferencia es más saliente. Y se mantiene el patrón observado en el estudio anterior, una mayoría de reglas en los momentos de *explicación* y una minoría de reglas en los momentos de *evaluación*.

### 3.2.2 Comparación según el tipo de subcategoría emitido por terapeutas expertos e inexpertos

A continuación presentamos los estadísticos descriptivos de las subcategorías emitidas por los terapeutas expertos y por los inexpertos.

**Tabla VI.9.** Estadísticos descriptivos de las subcategorías de reglas emitidas por terapeutas expertos.

Tipo de agente	Evaluación n = (12)		Explicación n = (18)		Tratamiento n = (21)		Consolidación n = (13)	
s/cd	42,431	13,595	32,722	15,268	35,709	11,751	48,467	22,127
s/csc	2,745	5,821	1,412	2,567	2,032	3,880	1,772	3,746
s/cd/csc	54,824	14,351	66,421	13,775	62,155	11,227	49,762	21,874
s	0,000	0,000	0,000	0,000	0,1035	0,474	0,000	0,000

Sit=situación; Cd=conducta; Csc=Consecuencia.

**Tabla VI. 10.** Estadísticos descriptivos de las subcategorías de reglas emitidas por terapeutas inexpertos.

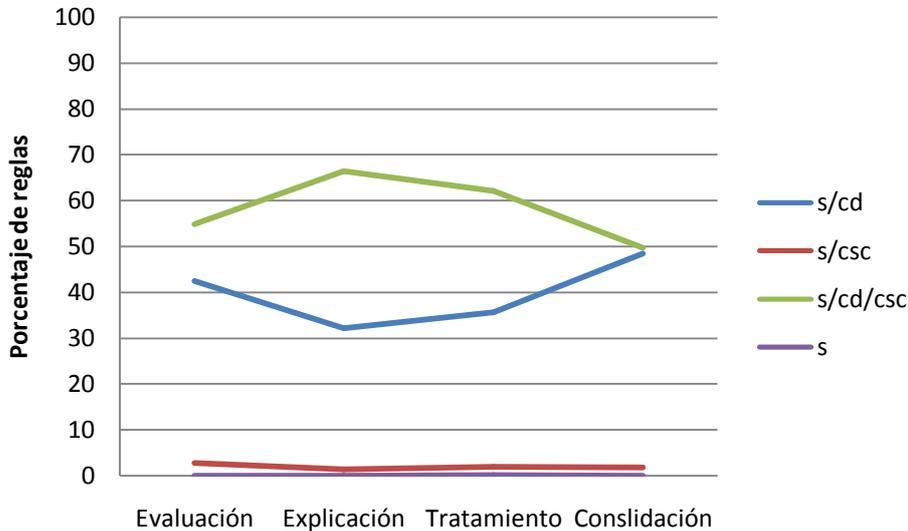
Tipo de agente	Evaluación n = (5)		Explicación n = (7)		Tratamiento n = (9)		Consolidación n = (13)	
s/cd	62,308	8,631	44,322	4,506	55,038	26,718	53,847	15,164
s/csc	0,000	0,000	2,055	2,438	0,776	1,666	2,357	4,714
s/cd/csc	37,692	8,631	53,623	5,787	44,186	26,346	43,796	12,893
s	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Sit=situación; Cd=conducta; Csc=Consecuencia.

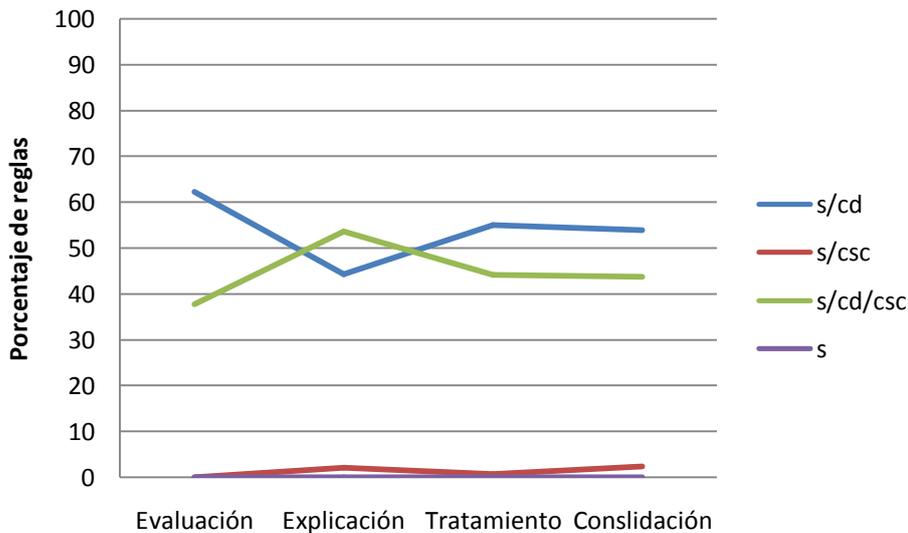
Aunque en la tabla se pueden observar algunas diferencias importantes entre las reglas emitidas por ambos tipos de terapeutas, no podemos asegurar su diferencia hasta comprobar que se trata de diferencias estadísticamente significativas. Utilizamos la prueba U de Mann-Whitney, para comparar dos muestras independientes, la emisión de

elementos por parte de los terapeutas expertos y la emisión de elementos por parte de los terapeutas inexpertos.

**Gráfico VI.9** *Porcentaje medio de reglas emitidas por los terapeutas expertos.*



**Gráfico VI.10** *Porcentaje medio de reglas emitidas por los terapeutas inexpertos.*



Se encuentran diferencias significativas en las subcategorías *situación/conducta* en las actividades de *evaluación* ( $Z=-2,516$ ;  $p=0,012$ ), *explicación* ( $Z=-2,210$ ;  $p=0,027$ ) y *tratamiento* ( $Z=-1,970$ ;  $p=0,049$ ); *situación/conducta/consecuencia*, también en los momentos de *evaluación* ( $Z=-2,338$ ;  $p=0,019$ ) y *explicación* ( $Z=-2,423$ ;  $p=0,015$ ).

Como lo muestra la tabla y las pruebas realizadas, las diferencias se encuentran en la emisión de los elementos *situación/conducta* y *situación/conducta/consecuencia*.

Los terapeutas *expertos* presentan una mayor tendencia a describir los tres elementos de la contingencia, en cambio los *inexpertos* prefieren describir contingencias utilizando solamente la *situación* y la *conducta*. Estas diferencias, son más evidentes, como lo demuestran las pruebas, en los momentos en los que el terapeuta *evalúa, explica y trata*.

#### 4. DISCUSIÓN

En este estudio se pudo comprobar que el tipo de regla emitido por el terapeuta no cambia sustancialmente a lo largo del proceso terapéutico, lo cual implica que la primera hipótesis, sobre la distribución de las reglas atendiendo a la actividad clínicamente relevante, no se cumple, ya que: (1) los registros de las reglas emitidas por los terapeutas no se ajustaron a las cuatro actividades clínicamente relevantes, es decir, que la regla, tal como es utilizada por los terapeutas, no es una variable suficiente para discriminar los objetivos del terapeuta en los distintos momentos de la terapia; y (2) atendiendo a los conglomerados realizados por Ruiz-Sancho (2011), fue posible apreciar un patrón similar de distribución de reglas en las distintas actividades, aunque se apreciaron algunas variaciones en las diferentes actividades que se comentarán más adelante. A pesar de no cumplirse la hipótesis esperada, es natural que este tipo de verbalizaciones no sean el eje de toda la terapia, ya que se trata de una verbalización que corresponde solamente a una pequeña parte de una de las funciones que componen la conducta verbal del terapeuta durante todo el proceso clínico, ocupando un porcentaje mínimo dentro de la sesión. De hecho, posiblemente si analizáramos por separado cada una de las funciones del SISC-CVT, encontraríamos que tampoco serían suficientes para ajustar las sesiones de acuerdo a las cuatro actividades clínicamente relevantes. Esto significaría entonces que no es sólo un tipo de función la que caracteriza dicho ajuste, sino que cada una de las funciones aporta una “carga” específica que sumada a las demás da como resultado la clasificación de las sesiones de acuerdo a las cuatro actividades clínicamente relevantes.

El patrón encontrado, de acuerdo al tipo de agente, se caracteriza por una mayoría de reglas *Indefinidas* (a excepción de la actividad de *evaluación*, en la que no existe diferencia significativa con las reglas de tipo *Concepto*), una minoría de reglas *Concretas* y un punto intermedio compartido por las reglas *Personales* y de tipo *Concepto*. Con respecto al tipo de contexto, se puede observar una mayoría de reglas

*Generales* y una minoría de reglas *Particulares*. La mayoría de reglas *Generales* e *Indefinidas* y la minoría de las reglas *Concretas* y *Particulares* podrían tener relación con una tendencia del terapeuta a destacar una descripción de contingencias que abarque un amplio rango de conductas y contextos para favorecer que el cliente sea capaz de aplicar la relación aprendida a distintas situaciones.

En cuanto a las diferencias encontradas se puede destacar que son clínicamente significativas al guardar cierta relación con el tipo de actividad que se lleva a cabo durante la terapia. De manera general, los cambios son más salientes en los momentos de *evaluación* y *explicación*, en tanto que los momentos de *tratamiento* y *consolidación* el patrón es muy similar, es decir, que después de la explicación del análisis funcional el terapeuta tiende a emitir un tipo de regla de forma casi constante. Dado que durante los momentos de *evaluación*, la principal acción del terapeuta es proporcionar información general sobre lo que se hará durante el proceso terapéutico y recabar la información suficiente para desarrollar la hipótesis del problema, no se requiere individualizar o particularizar la información, lo que se refleja en la mayoría de reglas *Indefinidas* y de reglas de tipo *Concepto* frente a las reglas *Personales* y la poca emisión de reglas *Particulares*. Además, en tanto que el terapeuta recaba información del caso, tiene la oportunidad de introducir acotaciones que ayuden al cliente a tener la confianza suficiente para continuar hablando de su problema o que introduzcan un punto de vista distinto y más adaptativo al presentado por el cliente. Las reglas de tipo *Concepto* son especialmente importantes en este punto por dos características: por un lado, al no tener sujeto concreto, suelen ser más cortas, lo cual permite dar información sin interrumpir completamente la línea discursiva del cliente, y por otro lado, consiguen un tono sentencioso, lo que puede dar una sensación al interlocutor de completa certeza sobre lo que se está diciendo, dando al cliente la confianza suficiente para continuar hablando de su problema. Este tipo de reglas cambian significativamente durante los momentos en los que el terapeuta *explica*. En estos momentos, la actividad principal se centra en la explicación detallada de la problemática del cliente y relacionada a su historia personal, por lo que son comunes las alusiones a situaciones bien delimitadas que formen parte del contexto del problema del cliente o conductas del mismo cliente, lo que explica el incremento de las reglas *Personales* y *Particulares* sobre las reglas de tipo *Concepto*. Por otra parte, el aumento de reglas *Indefinidas* y *Particulares*, puede estar relacionado con la introducción de ejemplos que sirvan para que el cliente entienda la relación que se explica, ya que un ejemplo debe destacar una relación en una situación bien

delimitada en la que suelen participar sujetos impersonales. Esta misma razón puede estar relacionada con el aumento de reglas *Indefinidas* y *Particulares* (aunque no llega a ser estadísticamente significativa) en los momentos de *Consolidación* con respecto a los momentos de *evaluación*, ya que son comunes las ejemplificaciones por medio de analogías que acompañan a las explicaciones o pautas finales para concluir el tratamiento. Por otra parte, los resultados de la prueba de Wilcoxon señalan que es en los momentos de *explicación* en donde los tipos de reglas se diferencian significativamente entre cada uno de ellos. En cambio, en los demás momentos se muestra el mismo patrón: se diferencian las reglas *Indefinidas* (excepto en las de *evaluación*, en donde no se pudo establecer diferencia entre las *Indefinidas* y las *Personales*) y las *Concretas*, pero existe un solapamiento entre las reglas *Personales* y de tipo *Concepto*. Esto significa que el terapeuta emite casi el mismo patrón en toda la terapia, excepto en los momentos de *explicación*, lo cual nos arrima a una hipótesis que comentaremos más adelante.

Del mismo modo, las diferencias encontradas de acuerdo al número de elementos también se explican en torno a la actividad que se desarrollaba en un momento particular de la terapia. Al tratarse de explicaciones generales, la actividad fundamental durante la *evaluación*, es natural encontrar una mayoría de reglas que no describen la consecuencia, ya que las explicaciones del terapeuta son de corte muy general. En este sentido, también resulta lógico que, en los momentos en los que se detalla la *explicación* del análisis funcional, las reglas emitidas describan explícitamente los tres elementos de la contingencia, puesto que, al tratarse de la explicación de la hipótesis del problema, el terapeuta remarca la relación entre la conducta del cliente y las consecuencias de esta conducta. Tal como se observa en los resultados de la prueba de Wilcoxon, la emisión de los elementos *situación/conducta* y *situación/conducta/consecuencia* no difiere significativamente en los momentos de *evaluación*, pero sí lo hace en los momentos de *explicación*, en donde la emisión de los tres elementos supera a la emisión de dos elementos. Posteriormente, en los momentos de *tratamiento*, esta diferencia vuelve a disminuir hasta llegar a solaparse en los momentos de *consolidación*. En otras palabras, al principio de la terapia, el terapeuta interviene poco y lo hace de manera muy general, contribuyendo a la escasa especificación de las consecuencias de una conducta. En los momentos de *explicación* del análisis funcional se vuelve prioritario que el cliente entienda las consecuencias de las conductas que han ocasionado el problema. Esta explicitación comienza a disiparse

durante el *tratamiento*, hasta llegar a los momentos de *consolidación*, en donde el cliente ha aprendido la relación entre las conductas y las consecuencias, por lo que no es necesaria la explicitación de las consecuencias.

Atendiendo a los resultados relativos a las diferencias entre *expertos* e *inexpertos*, se observa que el patrón de emisión de reglas encontrado hasta el momento en la muestra general persiste, con algunas diferencias discretas en la ejecución de los terapeutas *expertos* o en los *inexpertos*. Ahora bien, al igual que en el estudio anterior, estas diferencias tienen significación clínica que detallamos a continuación.

La primera de las diferencias se relaciona a la segunda hipótesis en la cual se presupone una mejor adaptación del discurso por parte del terapeuta *experto*. El que los terapeutas *expertos* mantuvieran una mayor emisión de reglas *Concretas* y de reglas *Particulares* en comparación a la casi nula emisión de este tipo de reglas por parte de los terapeutas *inexpertos* puede significar que el terapeuta *experto* adapta mejor su discurso para que sea más fácilmente comprendido por el cliente. La introducción de ejemplos es una muestra de este tipo de adaptación, en donde se recurre a descripciones que tengan como agentes de acción, personas conocidas o colectivos conocidos moviéndose en situaciones bien delimitadas. En este punto parece pertinente acotar cómo en estudios de psicología básica se enseña a los sujetos a generalizar los conocimientos adquiridos a situaciones nuevas. Para que esto ocurra, se expone al sujeto a situaciones o ensayos en los que debe aprender a discriminar una relación entre estímulos. Posteriormente, sólo si el sujeto ha aprendido a discriminar la relación que subyace entre los estímulos, podrá ser capaz de hacerlo en situaciones nuevas. Dentro de la clínica, el partir de un “entrenamiento” en el que se le enseñe al cliente a discriminar una relación en situaciones específicas, supone las bases para que, posteriormente, pueda aplicar la relación aprendida a otras situaciones. El modo de proceder del terapeuta, mediante reglas *Concretas* y *Particulares* tiende a facilitar este proceso de aprendizaje. Del mismo modo, resulta evidente que en los momentos de *evaluación*, al predominar la actividad de recabado de información y explicación general de lo que se hace en terapia, se encuentre una menor emisión de este tipo de reglas. Otro punto a favor de este argumento se encuentra atendiendo al número de elementos utilizado. Los terapeutas *expertos*, en los momentos de *evaluación* y *explicación*, prefieren describir los tres elementos de la contingencia, mientras que los terapeutas *inexpertos* sólo la situación y la conducta. Estos datos señalan que el terapeuta *experto*, a diferencia del *inexperto*, pone especial énfasis en señalar las

consecuencias de las conductas para que no haya lugar a dudas, es decir, adaptan su discurso para que sea mejor comprendido por el cliente. De esta forma, a pesar de que las diferencias no son muy marcadas, parece que los terapeutas *expertos* tienden a adaptar mejor su discurso que los terapeutas *inexpertos* para que sea más comprensible para el cliente.

Por otra parte, con respecto a la hipótesis 3 que enunciamos al principio del capítulo, no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre las reglas de tipo *Concepto* en los momentos de *consolidación* emitidas por los terapeutas *expertos* y los *inexpertos*. Esto significa que nuestra hipótesis sobre el aumento de la emisión de un mayor número de reglas de tipo *Concepto* por parte de los terapeutas *expertos* no se cumple. Sin embargo, el que los terapeutas *expertos* presenten un aumento de reglas de tipo *Concepto* en los momentos de *tratamiento* y *consolidación*, mientras que los *inexpertos* presentan un descenso de este tipo de regla paulatino, nos hace suponer que el terapeuta *inexperto* no culmina empujando hacia conclusiones abstractas, rompiendo toda relación con la situacionalidad posible; en tanto que los *expertos* tienden a terminar mediante reglas más alejadas, más abstractas, ayudando al cliente a abstraer una relación de contingencia que sobrepase cualquier límite situacional. De este modo, aunque la diferencia no es significativa, sí es posible observar una ligera tendencia en los terapeutas *expertos* a utilizar cada vez un mayor número de reglas de tipo *Concepto* hacia el final de la terapia. La relación entre el agravamiento de un problema y la abstracción ya ha sido señalada anteriormente. Algunos autores como Ribes (1990), por ejemplo, quien sugiere que el modo en el que una persona se relaciona con su problema, es decir, el nivel de desligamiento con el que responde o interactúa con su medio, le significará una mejor o peor adaptación ante un problema relacionado con la salud. En este sentido, el cliente se verá más limitado por su problema cuanto más contextualmente responda ante él. El mismo autor da un ejemplo con una persona que está atravesando por una quimioterapia. Si la persona responde sólo de forma contextual será incapaz de no tener síntomas asociados como náusea y vómito anticipatorios; pero si la persona responde de un modo más abstracto, si se trata de una persona que tiene sólidos conocimientos biomédicos, puede no desarrollar vómitos y náuseas anticipatorios. Más cercano al campo de la clínica, Hayes et al. (2001) opinan que mientras más abstractas sean las consecuencias controladoras señaladas en una regla, más difícil será contactar con las contingencias directas y, por tanto, empeorará el problema del cliente.

Podemos no estar de acuerdo con Hayes et al. sobre la explicación de por qué las consecuencias abstractas empeoran el problema del cliente, pero una diferencia de pareceres no desvirtúa la importancia de la relación entre la abstracción alcanzada por una regla y la mejoría o agravio de un problema psicológico. De este modo, parece lícito pensar que si una persona aprende a relacionarse con su problema de un modo abstracto, es decir, sin atender exclusivamente a los elementos situacionales que forman el contexto del problema, le capacita para generalizar lo aprendido a otras situaciones, lo cual asegura el mantenimiento del cambio. En este sentido sería interesante diseñar un entrenamiento para que las reglas de tipo concepto incrementen.

En relación a este punto, el hecho de que los terapeutas *inexpertos* presenten una significativa mayoría de reglas *Generales* en los momentos de *consolidación* puede deberse al descenso que presentan en las reglas de tipo *Concepto*, pues para intentar empujar al cliente a ser capaz de aplicar lo aprendido a distintas situaciones, se ven obligados a hacerlo a través de la reglas *Generales*. Las reglas generales a pesar de no especificar una situación, continúan ligadas al contexto, respondiendo en términos contextuales, en tanto que las reglas de tipo contexto describen contingencias que se encuentran más allá de toda situacionalidad.

Otra diferencia señala que los terapeutas *inexpertos* consiguen una mayoría significativa de reglas *Personales* en los momentos de *tratamiento*, lo cual puede estar relacionado con que estos terapeutas, tal como se detalla en el estudio anterior, suelen explicar antes y después de la explicación general del análisis funcional, la génesis del problema de cliente, en tanto que los terapeutas *expertos* lo hacen principalmente en la sesión dedicada al análisis funcional. Quizá esto responda a una falta de seguridad que obliga al terapeuta *inexperto* a recurrir a explicaciones conocidas cuando duda sobre cómo abordar cuestiones que todavía no ha tocado. Otra hipótesis puede ser que durante el *tratamiento*, el terapeuta *inexperto* se vea obligado a desarrollar un mayor número de hipótesis explicativas sobre las causas de las recaídas del cliente debido a que los clientes cuyos terapeutas tienen mayor experiencia presentan un menor número de recaídas, tal como se observó en el estudio anterior o se encuentran obligados a justificar las técnicas empleadas volviendo a explicar otra vez el tratamiento.

A grandes rasgos, estas diferencias señalan, más que rasgos definitivos, algunas tendencias del terapeuta. Sin embargo, a pesar de ser tendencias muy sutiles, estas diferencias mantienen significación clínica, lo que implica que el terapeuta, aún sin

prestarles especial atención, utiliza las reglas como una herramienta útil en ciertos momentos de la terapia.

De este modo, teniendo en cuenta (1) la existencia de un patrón en cuanto al tipo de regla utilizado y (2) que las diferencias parecen tener significación clínica podemos pensar que las reglas no se emiten al azar y que podrían desempeñar un papel dentro del cambio terapéutico.

Ahora bien, el que se mantuviera un mismo patrón a lo largo de la terapia con apenas algunas variaciones de acuerdo al tipo de actividad y que dicho patrón se mantuviera tanto en terapeutas con menor experiencia como en terapeutas con mayor experiencia, señala que los terapeutas no prestan suficiente atención a su discurso como para modularlo y acoplarlo de acuerdo a los distintos objetivos que se persiguen durante el proceso terapéutico; es decir, que el terapeuta presta poca atención a la forma de expresar su discurso, centrándose sólo en el contenido.

En general, y no sólo en la terapia, tendemos a prestar poca importancia a la forma en la que expresamos nuestras ideas, cuando muchas veces, el mensaje cambia drásticamente en función de la forma con la que es transmitido. Distintos analistas del lenguaje, por ejemplo, han destacado la importancia de la hipérbole, eufemismo o la ironía como herramientas educativas, de convencimiento o para entablar situaciones de poder. Los estructuralistas y formalistas del lenguaje han insistido en que el fondo y la forma son la misma cosa, no se puede contar algo sin contarlos de un modo particular, lo que definitivamente matizará o, incluso, cambiará el sentido de lo que se cuenta. No se puede decir algo (fondo) sin decirlo de alguna manera (forma). De ahí la famosa frase de MacLuhan y Fiore (1967) de “el medio es el mensaje”.

Dentro de la terapia no es la excepción y ya algunos teóricos como Pérez (2004) han desatacado la poca importancia que se le da al lenguaje y otros, incluso, que lo formal es más importante que el contenido, al señalar que la intervención terapéutica consiste no sólo en lo que se dice, sino que lo crucial es cómo el contenido transmitido (Hung, 2006; Locke, 1971; Small y Robert, 1986).

El problema puede ser que no hay entrenamiento al respecto. Las diferencias encontradas en este estudio también apuntan a que quizá las sutiles tendencias encontradas podrían hacerse más amplias o marcadas si se entrenara a los terapeutas a prestar más atención a su discurso.

En este aspecto, nos encontramos ante un caso contrario a lo que sucede en el estudio del proceso terapéutico en general, en dónde sabemos que la terapia funciona,

pero no sabemos por qué. Y ante el caso del estudio de las reglas, llegamos a la conclusión de que son algo importante, pero que en la práctica todavía no se les ha dado la importancia debida y el terapeuta las utiliza como una herramienta que aún no sabe explotar.

Además de no prestar atención a cómo expresa su discurso, el que la mayoría de las reglas se concentren en la actividad de explicación del análisis funcional significa que el terapeuta utiliza principalmente las reglas como herramienta de explicación de la génesis del problema y no explota la utilidad que teóricamente tienen las reglas como utilizarlas como herramientas de debate o para empujar al cliente a romper con la situacionalidad al final de la terapia. En este sentido, utilizar la regla sólo como medio de explicación de la génesis del problema es desperdiciar el poder de las reglas para favorecer la elaboración de reglas abstractas que puedan aplicarse más allá de toda situacionalidad, colaborando con una recuperación y mantenimiento efectivo del cliente.

Siendo conscientes de las limitaciones de este trabajo, podemos hipotetizar que los resultados sobre las diferencias entre las reglas emitidas por terapeutas *expertos* e *inexpertos* se vieron afectados por el tamaño muestral de los casos dirigidos por los terapeutas *inexpertos*. De este modo, sabemos que es difícil realizar una generalización de nuestros resultados. Sin embargo, los resultados nos ayudan a plantearnos ciertas hipótesis porque se ven diferencias con sentido clínico y se apuntan líneas de investigación futuras.

Podemos señalar que teóricamente las reglas son algo importante porque permiten condicionar conductas a las que el cliente se enfrentará en un futuro fuera de la relación terapéutica y los resultados de este trabajo parecen ajustarse a este hecho, teniendo en cuenta la existencia de un patrón en cuanto al tipo de regla utilizado y que las diferencias mantienen significación clínica. Lo que falta por analizar es el efecto que las reglas tienen sobre el cambio del cliente, lo cual se puede hacer solamente en estudios próximos en donde se relacionen las reglas emitidas por el terapeuta y los cambios en la conducta del cliente. Además, atendiendo a la tendencia de los terapeutas expertos para ajustar mejor su discurso y culminar con reglas más conceptuales resta analizar si esta tendencia se puede incrementar y cómo lograrlo.

Por otra parte, podemos decir que este trabajo confiere cierta validez a nuestro sistema de categorías desarrollado si atendemos a la coherencia y lógica clínica de los resultados y que la identificación de reglas supone el primer paso hacia una depuración

de la función *Informativa* del *Sistema de Categorías de la Conducta Verbal del Terapeuta*.

En definitiva, aunque deberá completarse con nuevos análisis, el presente trabajo implica un primer acercamiento a la comprensión del fenómeno clínico desde esta perspectiva. Sobre el papel de las reglas en el cambio clínico nos queda mucho por saber, pero los resultados obtenidos nos hacen pensar que efectivamente el estudio de las reglas, parece tener un papel importante en el proceso terapéutico y, por tanto, es pertinente continuar con su estudio.

## CAPÍTULO VII

### *CONCLUSIONES FINALES*

---

Estudiar el cambio terapéutico, uno de los grandes retos de la psicología, incluye también un trabajo de depuración de las variables intervinientes en el mismo. Las reglas han sido ampliamente defendidas teóricamente como una de esas variables; sin embargo, hacen falta estudios empíricos que avalen dichas propuestas.

De esta forma, sabemos que el cambio y la elaboración de nuevas reglas constituye no sólo una muestra del avance logrado, sino un aspecto fundamental para el cambio clínico de manera paralela al cambio de conducta del cliente. Lo que todavía no sabemos es el papel que las reglas del terapeuta juegan para el cambio y desarrollo de reglas en el cliente, objetivo fundamental de la línea de investigación que pretendemos iniciar con este trabajo de tesis.

Por otra parte, tal como lo advertimos en el capítulo introductorio, además de estos objetivos, subyace otro objetivo relacionado a la línea de investigación general en la cual se adscribe el estudio de las reglas en terapia. Se trata del análisis funcional de la interacción terapéutica durante el proceso de cambio, línea en la que se han desarrollado sistemas de categorización de la conducta verbal del terapeuta y del cliente. Así, con los resultados de este trabajo intentamos contribuir al proceso de depuración de una de las funciones de la conducta verbal del terapeuta, en concreto, de la función *Informativa* del SISC-CVT.

A continuación expondremos las principales aportaciones y limitaciones de los estudios realizados, los cuales constituirán la base para la propuesta de futuras líneas de trabajo que nos permitan avanzar hacia una mejor comprensión del fenómeno clínico.

## **1. CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS**

La elaboración de los estudios realizados se hizo contemplando dos objetivos principales: (1) el desarrollo de un instrumento que permitiera la identificación y categorización de las reglas y (2) iniciar un primer acercamiento al estudio del papel de las reglas en terapia.

### **1.1 Desarrollo metodológico**

Además de las aportaciones de los estudios presentados sobre la forma en la que los terapeutas utilizan las reglas, una de las principales conclusiones que se derivan es que la herramienta desarrollada para categorizar las reglas es adecuada para el estudio de las reglas en terapia.

#### **1.1.1 Coherencia teórica del sistema de categorización empleado**

La definición de regla desarrollada en este trabajo es coherente con nuestros objetivos últimos de responder cuál es papel de las reglas dentro de la terapia, puesto que (1) se trata de una definición diseñada específicamente para la terapia y (2) los criterios definicionales de la misma se construyeron con base en los principios conductuales que sostienen la línea de investigación general a la cual se adscribe este trabajo de tesis.

Por otra parte, las categorías fueron pensadas con base en su capacidad para (1) ser lo suficientemente sensible a los cambios producidos en las verbalizaciones del terapeuta conforme avance el proceso terapéutico y (2) ser capaz de dar cuenta de las principales características de las reglas que teóricamente pensamos que podrían tener una repercusión en el cambio terapéutico: la generalidad (tipo de contexto), completitud (número de elementos) y cercanía del cliente con respecto al sujeto de acción señalado en la contingencia (tipo de agente).

#### **1.1.2 Precisión de los registros observacionales**

Uno de los avales empíricos que apoyan la metodología utilizada hasta el momento se muestra a través de los niveles de Kappa alcanzados. Cuando se comparan los registros entre observadores, los valores de kappa alcanzados han sido calificados

según la clasificación de Landis y Koch (1977), Fleiss (1981) y Bakeman (2000) como “buenos” y “excelentes” (a excepción de una sesión, “razonable”), sobre todo cuando se comparaban los registros de un mismo observador. Estos valores se asocian a elevados niveles de precisión (superiores al 77%) de acuerdo a la propuesta de Bakeman et al. (1997).

Aunque en general la fiabilidad alcanzada es alta, tenemos en cuenta que no se alcanza la precisión deseable en el total de los registros. Sin embargo, tal como apuntan Hill y Lambert (2004), no tiene sentido dejar de informar acerca de unos resultados de interés clínico sólo porque los coeficientes de concordancia entre observadores no sean tan altos como es deseable. De este modo, dado que consideramos que la estadística debe ser tomada como una herramienta al servicio de la investigación y no como elemento que la determina, destacamos nuestros resultados por su significación psicológica y creemos que las conclusiones que se pueden derivar de este trabajo poseen un importante valor para comprender qué sucede en la clínica cuando un terapeuta emite ciertas reglas.

### 1.1.3 Validez del sistema de categorización desarrollado

Otro de los avales empíricos se encuentra en los resultados obtenidos en el estudio de caso y en el estudio en una muestra amplia de casos.

Las diferencias encontradas entre terapeutas con mayor o menor experiencia, el patrón general de emisión de regla encontrado, que el instrumento fue capaz de captar diferencias a lo largo del proceso terapéutico y, sobre todo, que esos resultados tuvieran significación clínica es una muestra de que el instrumento es lo suficientemente sensible para captar la variabilidad del objeto en cuestión y que es capaz de dar cuenta de los aspectos que se pretendía observar como es la generalidad, completitud y cercanía del cliente con el sujeto de la contingencia, lo cual significa un aval más de la validez del instrumento.

En definitiva, la validez de esta estrategia se ve reflejada en la coherencia clínica de los resultados, ya que es a raíz de la relación entre los datos empíricos y la interpretación clínica que podemos valorar la eficacia de este instrumento para identificar y categorizar las verbalizaciones en cuestión.

#### 1.1.4 Utilidad de la estrategia metodológica diseñada

Del mismo modo que el estudio de este trabajo persigue distintos objetivos, la utilidad de la estrategia diseñada se puede desplegar en distintos puntos. De manera general, Llewelyn y Hardy (2001) argumentan que unos de los objetivos de la investigación de procesos es describir cómo se produce la intervención psicológica, formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y explicar por qué sucede el cambio clínico. En este sentido, la discusión acerca del análisis de las reglas y la aproximación a futuras investigaciones basada en las posibles hipótesis derivadas de estos estudios es la primera muestra de la utilidad de la estrategia desarrollada en este trabajo de tesis.

Otra utilidad relacionada con este trabajo es brindar aportaciones para depurar las verbalizaciones *Informativas* del SISC-CVT, ya que el depurarlas significa afilar el instrumento de categorización hacia una mayor sensibilización de la función que tienen dichas verbalizaciones.

### **1.2 Análisis de las reglas durante el proceso de cambio**

Tal como se ha señalado, los estudios realizados aportan datos sobre la validez del instrumento y datos que contribuyen a esclarecer el papel de las reglas dentro del contexto clínico.

#### 1.2.1 Respecto a la definición de regla

Una de las aportaciones de este trabajo de tesis al estudio de las reglas dentro de la clínica es la delimitación del concepto de regla dentro del contexto clínico, ya que al llevar las aportaciones de la psicología básica a la psicología aplicada mediante la separación entre una regla y una instrucción, se facilita su identificación y estudio individualizado. Además del estudio de las reglas, también el estudio de las instrucciones dentro del contexto clínico puede beneficiarse por este trabajo de delimitación entre ambos conceptos.

#### 1.2.2 Respecto al patrón de distribución de regla

Uno de los datos más sobresalientes que se presenta en los estudios realizados es el patrón de distribución general de reglas. Este patrón se observa en el estudio

empírico 2, en los dos casos completos, y en el estudio empírico 3, en donde se observa que el patrón se mantiene independientemente del tipo de actividad.

Tres conclusiones se derivan de la existencia de este patrón. La primera implica que el terapeuta no distribuye diferencialmente el tipo de regla atendiendo a los objetivos que se persiguen en los distintos momentos de la terapia. Debido a que el patrón se mantiene independientemente del tipo de actividad y que los registros de reglas emitidas por los terapeutas no se ajustan a las cuatro actividades clínicamente relevantes (a través del análisis de conglomerados). Tal como ya hemos señalado, es normal y, hasta cierto punto, esperado, que las reglas no sean el eje de la terapia, distribuyendo las sesiones de acuerdo a las cuatro actividades clínicamente relevantes. Las reglas constituyen sólo una pequeña parte de una de las funciones que estructuran la conducta verbal del terapeuta durante todo el proceso clínico. De hecho, es probable que, si analizáramos cada una de las funciones de la conducta verbal del terapeuta por separado, encontraríamos que tampoco serían suficientes para estructurar toda la terapia. Cada función aportaría una “carga” específica que conjuntamente podría distribuir las sesiones de acuerdo a las cuatro actividades clínicamente relevantes. Sin embargo, en función de las aportaciones teóricas señaladas en los primeros capítulos, esperábamos encontrar diferencias evidentes en cuanto al tipo de regla utilizado de acuerdo a los distintos objetivos que se abordan en terapia y en función de la experiencia del terapeuta.

Aunque, se podría pensar que los datos indican que las reglas no son importantes para el cambio clínico y se emiten indiscriminadamente, analizando detalladamente los resultados, llegamos a la segunda conclusión: que las reglas no se emiten al azar. Tal como se señala en los estudios empíricos 2 y 3, el patrón es consistente y coherente con el objetivo general de la terapia. El terapeuta, mediante reglas *Generales e Indefinidas*, pretende utilizar un amplio rango de situaciones y sujetos para favorecer la generalización de los conocimientos adquiridos fuera de la terapia.

Además, teniendo en cuenta que las reglas no se distribuyen al azar, que existen sutiles cambios en momentos específicos de la terapia y diferencias puntuales entre terapeutas expertos e inexpertos con significación clínica podemos llegar a una tercera conclusión: que las reglas sí parecen desempeñar un papel para el cambio clínico.

### 1.2.3 Respecto a la poca importancia que el terapeuta da a la forma en la que dirige su discurso

El hecho de que (1) los parámetros de categorización están basados en una definición morfológica de regla, (2) que no existan diferencias evidentes en cuanto a la distribución de reglas a lo largo del proceso terapéutico y (3) que el patrón se mantenga independientemente de la experiencia del terapeuta, tanto en los estudios de caso como en el estudio de muestra amplia de casos, destaca la poca importancia que el terapeuta da a la forma en la que emite su discurso para modularlo y acoplarlo de acuerdo a los distintos objetivos que se persiguen durante el proceso terapéutico.

Desde distintas disciplinas se ha escrito mucho sobre la importancia que tiene la forma en la que un mensaje es transmitido. Por ejemplo, se ha destacado la utilidad de algunas figuras retóricas como la hipérbole, el eufemismo o la ironía para intentar convencer o someter a otros y también se han señalado sus cualidades en el área educativa. Otros autores, como McLuhan y Fiore (1967) o los estructuralistas y formalistas del lenguaje sugieren que el contenido del mensaje y el modo en el que se expone son igualmente importantes, ya que el modo en que se cuente un mensaje modifica su contenido.

En relación a la psicoterapia, otros autores destacan que lo crucial en la intervención terapéutica no es tanto el contenido, sino la forma en que el contenido se transmite (Hung, 2006; Locke, 1971; Small y Robert, 1986). En la misma línea, Levine y Franco (1983) señalan que el mensaje transmitido en el proceso terapéutico tendrá mayor o menor repercusión en el cliente en función de la forma en que se transmite el contenido. En consecuencia, destacan la importancia de estudiar las reacciones del cliente ante los distintos estilos verbales del terapeuta en distintos momentos de la terapia.

En cualquier caso, en el campo de la Psicología, la importancia y el carácter decisivo que se le ha dado al lenguaje a nivel teórico no se corresponde con la importancia que se le da en la práctica clínica. En este sentido autores como Pérez (2004) insisten en la necesidad de poner al lenguaje en el primer plano del proceso terapéutico. Plantea una nueva forma de terapia en la que el lenguaje puede ser objeto mismo del proceso terapéutico e instrumento de la terapia.

Las discusiones entre el mensaje y la forma en que se transmite, ponen de manifiesto la importancia de que el terapeuta continúe poniendo atención al contenido

de su discurso, pero también, y quizá especialmente, a la forma en que produce el discurso y a la manera en que lo adecúa al cliente. Quizá, la falta de atención al discurso se acrecentada porque, a pesar del abundante material teórico, el terapeuta no recibe entrenamiento al respecto. En este sentido, el estudio de las reglas podría brindar aportaciones importantes sobre lo que debe ser fundamental destacar y en qué momento. El objetivo sería hacer que las tendencias mostradas en este trabajo (algunos cambios en la emisión de regla en función de la actividad llevada a cabo en sesión, y algunas diferencias entre los terapeutas expertos e inexpertos) se hagan más marcadas.

Nos parece importante tener en cuenta las tendencias que se desprenden de este trabajo debido a la significación clínica que conllevan. A continuación, señalamos estas tendencias además de algunas hipótesis o cuestiones relacionadas que nos parecen oportunas por lo que puedan aportar al estudio de las reglas en terapia.

La mayoría de los cambios, con respecto al patrón general de emisión de regla, se observan en los momentos de evaluación y, especialmente, en los momentos de explicación del análisis funcional. Estos momentos tienen el mayor número de reglas de todos los tipos. Ahora bien, que la mayoría de las reglas se concentren en esta actividad significa que el terapeuta utiliza principalmente las reglas como herramienta de explicación de la génesis del problema. Pensamos que utilizar la regla sólo como medio de explicación de la génesis del problema es desperdiciar el poder de las reglas para favorecer la elaboración de reglas abstractas que el cliente pueda aplicar más allá de toda situacionalidad, colaborando con su recuperación y mantenimiento.

#### 1.2.4 Respecto a las reglas emitidas por los terapeutas expertos e inexpertos

A grandes rasgos, los terapeutas expertos, tanto en el estudio empírico 2 como en el 3, tienden a adaptar mejor su discurso que los terapeutas inexpertos para que sea más comprensible para el cliente, pues utiliza un mayor número de reglas *Concretas* y *Particulares* en los momentos de explicación y, también, utiliza un mayor número de reglas en las que se explicitan los tres elementos de la contingencia. Al respecto, Pérez (2004) sugiere que la disposición de consecuencias estaría entre las principales tareas que un psicólogo debiera saber hacer, algo que los terapeutas expertos hacen y los terapeutas inexpertos deberían adquirir lo antes posible.

Otra tendencia que se observa en los terapeutas expertos, pero no en los inexpertos, es la de finalizar el proceso terapéutico con reglas de tipo *Concepto*, lo cual

es más evidente en el estudio de caso completo, aunque también se aprecia en el estudio de muestra amplia de casos. Esta tendencia implica que estos terapeutas empujan al cliente a desarrollar la capacidad de abstraer una relación de contingencia que sobrepase cualquier límite situacional. Algunos investigadores ya han hablado sobre lo que implica el grado de abstracción para la mejorar o empeorar un determinado problema relacionado con la salud o directamente con la clínica (véase Ribes, 1990; Hayes et al., 2001). De lo que estos autores apuntan y lo que podemos apreciar a través de la tendencia de los terapeutas expertos a emitir un mayor número de reglas de tipo *Concepto* hacia el final de la terapia es que si el cliente aprende a relacionarse con su problema de un modo menos situacional y más abstracto, es capaz de generalizar lo aprendido a otras situaciones, y con ello, a colaborar con el mantenimiento del cambio.

#### 1.2.5 Respecto a entender las reglas como ensayos

En esta misma línea, los resultados encontrados en este trabajo no contradicen la idea de que las reglas del terapeuta funcionarían como ensayos de una tarea cuyo fin es el entrenamiento de la discriminación de la relación entre la conducta problemática del cliente y una posible guía de actuación (véase capítulo III). El hecho de que el terapeuta experto tienda a manejar más formas de describir una contingencia apoya que, al exponer al cliente a distintas formas de ver su problema, desarrolle la capacidad del cliente para aplicar la regla aprendida en distintas situaciones fuera de la terapia.

Tal como se abordó en el planteamiento del capítulo III, hay dos razones que teóricamente justifican la importancia del concepto de regla para la clínica: (1) permite explicar el aprendizaje de nuevas conductas sin necesidad de exponerse directamente a las contingencias, como lo hace el cliente dentro de la sesión y (2) permite explicar cómo el terapeuta consigue que el cliente atienda a las contingencias mediatas de su conducta y no sólo a las inmediatas. El estudio realizado permite hacernos una idea más amplia sobre cómo el terapeuta logra estos objetivos y señala nuevas investigaciones que nos ayudarán a determinar lo que debería hacer el terapeuta para conseguir mejores resultados mejorando su práctica clínica.

Por último, dado que ahora el concepto de regla está más delimitado y parece tener pertinencia para explicar los cambios en terapia, consideramos que es un

parámetro que debe destacarse de otras verbalizaciones incluidas dentro de la función *Informativa* del SISC-CVT.

## **2. FUTURAS LÍNEAS**

Nos parece interesante plantear algunas líneas de investigación futuras con el fin de mostrar las posibilidades que se asoman después de analizar los resultados obtenidos y, en general, la potencialidad del estudio de las reglas en terapia.

### **2.1 Futuras líneas en relación a la metodología**

- Uno de los aspectos fundamentales en los próximos estudios será centrarnos en incrementar el grado de precisión entre observadores. De manera concreta, será necesario realizar nuevos estudios sobre el grado de concordancia intra e interobservadores para verificar los factores que bajen los niveles de acuerdo e iniciar una depuración más exhaustiva de los criterios de categorización.
- Otro de los aspectos más importantes sería el aumentar la muestra de los terapeutas inexpertos, ya que en los estudios realizados se contó con un número inferior de terapeutas inexpertos, lo que pudo influir en los resultados. También es importante aumentar la variedad de casos y sesiones analizadas para comprobar si los resultados se mantienen y se pueden generalizar más allá de los casos estudiados en este trabajo.
- De manera particular, pensamos que habría que valorar quitar la subcategoría de situación, ya que en todo el estudio sólo hay un caso registrado y ha sido dudoso.

### **2.2 Futuras líneas en relación al estudio del papel de las reglas en terapia**

- La cuestión fundamental a analizar es el efecto que las reglas tienen sobre el cambio del cliente, lo cual se puede hacer en estudios en los que se relacionen las reglas emitidas por el terapeuta y los cambios en la conducta del cliente.

- Resultaría interesante incorporar en algunos estudios medidas e indicadores de efectividad que nos permitan determinar si algunos tipos de reglas resultan ser más efectivos que otros y en qué momento de la terapia o comprobar si las reglas que involucran una analogía son más efectivas que las que no lo hacen.
- También sería interesante estudiar las reglas del cliente y determinar qué reglas del terapeuta favorecen el desarrollo de reglas más adaptativas del cliente. Por otra parte, tal como se señaló en el capítulo III, cuando se trata de una elaboración de regla, el terapeuta tendría que ingeniárselas para crear una situación verbal que sea equiparable a una experiencia. En este sentido habría que analizar si un tipo de regla específico facilita esta recreación de experiencia.
- Tomando en cuenta lo que señalan Martínez y Tamayo (2005) sobre la transición de una instrucción a una regla, sería interesante estudiar el proceso interactivo que favorece a la posible transición entre una instrucción o regla del terapeuta a una regla del cliente.
- Resultaría interesante analizar si existe una relación entre el tipo de regla *Concepto* y un mejor mantenimiento del cambio en el cliente.
- Atendiendo a la tendencia de los terapeutas expertos para ajustar mejor su discurso y culminar con un mayor número de reglas de tipo *Concepto* resta analizar si esta tendencia se puede incrementar y cómo lograrlo; es decir, analizar la pertinencia de desarrollar un entrenamiento para los terapeutas novatos y con ello mejorar su práctica clínica.
- Por otra parte, para estudiar el moldeamiento hacia nuevas reglas podría ser interesante realizar un estudio en el que se dividiera la terapia por segmentos de acuerdo a los distintos tipos de contenido (como por ejemplo sobre problemas de asertividad en el trabajo, problemas de celos con la pareja, etc.) para observar detalladamente el proceso de moldeamiento en distintos momentos sobre un mismo tipo de contenido.
- También podría ser muy interesante estudiar el modo en que terapeutas de otros enfoques emiten reglas.

Después de los estudios realizados, nos encontramos ante un caso contrario a lo que sucede en el estudio del proceso terapéutico en general, en dónde sabemos que la terapia funciona, pero no sabemos por qué. En el caso del estudio de las reglas llegamos a la conclusión de que son algo importante, pero que el terapeuta las utiliza como una herramienta que aún no sabe explotar del todo.

En general, este trabajo abre las preguntas que definirán los siguientes pasos de la línea de investigación del que este trabajo sólo constituye el primer paso. También consideramos que contribuye a la clarificación del fenómeno clínico al delimitar el concepto de regla, señalando la dirección del camino a seguir en el estudio del cambio clínico, además de sugerir varios aspectos a tomar en cuenta para una mejor práctica clínica.



---

## REFERENCIAS

---

- Ader, R. y Tatum, R. (1961). Free-operant avoidance conditioning in human subjects. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4, 275-276.
- Aguilera, C. (2003). Resurgence of inaccurately instructed behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (6-B), 2900-2900.
- American Psychological Association Practice Directorate (2003). *Practice Net survey: Clinical practice patterns*. Obtenido el 14 de febrero de 2009 de: <http://www.apapracticenet.net/results.asp>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Ato, M., Benavente, A. y López, J. J. (2006). Análisis comparativo de tres enfoques para evaluar el acuerdo entre observadores. *Psicothema*, 18, 638-645.
- Ayllon, T. y Azrin, N. H. (1964). Reinforcement and instructions with mental patients. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 327-331.
- Azrin, N. H. (1958). Some effects of noise on human behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 183-200.
- Azrin, R. y Hayes, S. C. (1984). The discrimination of interest within a heterosexual interaction: Training, generalization and effects on social skills. *Behavior Therapy*, 15, 173-184.
- Baer, D. M. y Sherman, J. A. (1964). Reinforcement control of generalized imitation in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 1(1), 37-49.
- 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. y Gottman, J. M. (1986/1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1995). *Analyzing Interaction: Sequential Analysis with SDIS and GSEQ*. Nueva York: 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, 357-370.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Smeets, P. y Luciano, C. (2004). A derived transfer of mood functions equivalence relations. *The Psychological Record*, 54, 95-113.

- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C. y Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. (pp. 119-139). New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C. y Roche, B. (2001). The (not so) strange death of stimulus equivalence. *European Journal of Behavior Analysis*, 2, 35-42.
- Barnes-Holmes, D., O'Hora, D., Roche, B., Hayes, S. C., Bissett, R. T., y Lyddy, F. (2001). Understanding and verbal regulation. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. (pp. 103-117). New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Baron, A. y Galizio, M. (1983). Instructional control of human operant behavior. *The psychological record*, 33, 495-520.
- Baron, A., Kaufman, A., y Stauber, K. A. (1969). Effects of instructions and reinforcement-feedback on human operant behavior maintained by fixed-interval reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12, 701-712.
- Barraca, J. (2006). Las terapias conductuales de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 145-157.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Richardson, J. V. y Barnes-Holmes, D. (2007). The differential effect of instructions on dysphoric and non dysphoric persons. *The Psychological Record*, 57, 543-554.
- Bastine, R., Fiedler, P. y Kommer, D. (1990). ¿Qué es psicoterapéutico en la terapia? Aproximación sistemática a la investigación del proceso psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 1(1), 39-56.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Bem, S. L. (1967). Verbal self-control: The establishment of effective self-instruction. *Journal of Experimental Psychology*, 74(4), 485-491.
- Bentell, R. P., y Lowe, C. F. (1987). The role of verbal behavior in human learning: III. Instructional effects in children. *Journal of the Experimental Analysis of behavior*, 47 177-190.
- Bentell, R. P., Lowe, C. F. y Beasty, A. (1985). The role of verbal behavior in human learning: II. Developmental differences. *Journal of the Experimental Analysis of behavior*, 43, 165-181.
- Berlin, R.M., Olson, M.E., Cano, C.E. y Engel, S. (1991). Metaphor and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 359-367.
- Biglam, A. y Kass, D. J. (1977). The empirical nature of behavior therapies. *Behaviorism*, 5, 1-16.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 226-232.
- Beutler, L. E. (2000). When empirical and clinical standars of practice meet. *American Psychologist*, 55, 997-1007.

- Birch, D. (1966). Verbal control of nonverbal behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 4(3), 266-275.
- Blakely, E., y Schlinger, H. (1987). Rules: Function-altering contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10, 183-187.
- Blenkiron, P. (2005). Stories and analogies in cognitive behavior therapy: A clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 33, 45-52.
- Blenkiron, P. (2010). *Stories and analogies in cognitive behavior therapy*. Singapur: Wiley-Blackwell.
- Bohrnstedt, G. W. (1976). Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actitudes. En G. F. Summers (Ed.), *Medición de actitudes*. México, D. F.: Trillas.
- Bornstein, P. H., y Quevillon, R. P. (1976). The effects of a self-instructional package on overactive preschool boys. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9, 179-188.
- Braam, C., y Malott, R. W. (1990). "I'll do it when the snow melts": The effects of deadlines and delayed outcomes on rule-governed behavior in preschool children. *Analysis of Verbal Behavior*, 8, 67-76.
- Brewer, W. F. (1974). There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans. In W. B. Weimer y D. S. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes* (pp. 1-42). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bromberg, W. (1962). *The nature of psychotherapy. A critique of the psychotherapeutic transaction*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Brownstein, A. J. y Shull, R. L. (1985). A rule for the use of the term, "rule-governed behavior". *The Behavior Analyst*, 8, 265-267.
- Calero Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and What do we need to know? En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). Nueva York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J. y Grosse, M. (2006). The working Alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Catania, A. C. (1986). Viewing behaviorism selectively. *Behavioral and Brain Sciences*, 9(4), 701-702.
- Catania, A. C. (1989). Rules as classes of verbal behavior: A reply to Glenn. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 49-50.
- Catania, A. C. (1992). *Learning*. New Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall.
- Catania, A. C. (1998). The taxonomy of verbal behaviour. En K. A. Lattal y M. Perone (Eds.), *Handbook of research methods in human operant behavior* (pp. 405-433). Nueva York: Plenum Press.
- Catania, A. C., Matthews, B. A. y Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human

- verbal behavior: interactions with nonverbal responding. *Journal of experimental analysis of behavior*, 38, 233-248.
- Cerutti, D. T. (1989). Discrimination theory of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51, 259-276.
- Cerutti, D. T. (1991). Discriminative versus reinforcing properties of schedules as determinants of schedule insensitivity in humans. *The Psychological Record*, 41, 51-67.
- Clavijo, A. (2004). La definición de los problemas psicológicos y conducta gobernada por reglas/the definition of psychological problems and rule-governed behavior. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 305-316.
- Cobos, F. J., y Luciano, M. C. (2002). Descripción de la tarea e imitación/description of the task and imitative behavior. *Acta Comportamentalia*, 10(1), 23-44.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37- 46.
- Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson.
- Cumming, W. W., y Schoenfeld, W. N. (1963). Effect of varying cycle length in a tau reinforcement schedule. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6, 623-626.
- Cuper, P., Merwin, R., & Lynch, T. (2007). Personality disorders. In P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 403-427). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Chambless D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S. y Crits-Christoph, P. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnston, S. B., Pope, K. S. y Crits-Christoph, P. (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-18.
- Chase, P. N., y Danforth, J. S. (1991). The role of rules in concept learning. En L. J. Hayes, y P. N. Chase (Eds.), *Dialogues on verbal behavior: The first international institute on verbal relations* (pp. 205-225). Reno, US: Context Press.
- Darcheville, J. (1993). Le contrôle par les instructions et la relation d'équivalence entre les stimulus. *Acta Comportamentalia*, 1(2), 178-193.
- De Albuquerque, L. C. (2001). Definições de regras. En H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, P. P. y M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (pp.132-140). Santo André: ARBytes.
- De Albuquerque, L. C. y Ferreira, K. V. (2001). Efeitos de regras com diferentes extensões sobre o comportamento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 143-155.
- De Albuquerque, L. C., Matos, M. A., de Souza, D. d. G. y Paracampo, C. C. P. (2004). Investigaçao do controle por regras e do controle por histórias de reforço sobre o

- comportamiento humano. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 17(3), 395-412.
- De Albuquerque, L. C., Souza, D. G., Matos, M. A. y Paracampo, C. C. P. (2003). Análise dos efeitos de histórias experimentais sobre o seguimento subsequente de regras. *Acta Comportamentalia*, 11, 87-126.
- De Oliveira, C. I., Oliveira-Castro, J. M., Simonassi, L. E. y Vieira, T. M. (2002). Resolução de problema e descrição de contingências: Efeitos da acurácia das instruções em tarefas sucessivas. *Acta Comportamentalia*, 10, 65-86.
- De la Fuente, J. y Minervino, R. (2004). Pensamiento Analógico. En M. Carretero y M. Asensio (Eds.). *Psicología del pensamiento* (pp. 193-214). Madrid: Alianza.
- Degradpre, R.J. y Buskist, W.F. (1991). Effects of accuracy of instructions on human behavior: Correspondence with reinforcement contingencies matters. *The Psychological Record*, 41, 371-384.
- Devany, J. M., Hayes, S. C. y Nelson, R. O. (1986). Equivalence class formation in language-able and language-disabled children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46, 243-257.
- Dixon, M. R. (1999). Self-rules, accurate rules, and inaccurate rules: Examining the role of verbal behavior in the maintenance of gambling. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (9-B), 5064-5064.
- Donnelly, C. M. y McDaniel, M. A. (1993). Use of analogy in learning scientific concepts. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 19, 975-987.
- Elliot, R. y Shapiro, D. (1992). Client and therapist as analysis of significant events. En S. Toukmainian y D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Litle Stuart.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fairfax, A. H. (2008). CBT or not CBT, is that the really the question? Re-considering the evidence base- the contribution of process research. *Counselling Psychology Review*, 23, 27-37.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). Características básicas de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 85-110). Madrid: Pirámide.
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19, 452-458.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. Nueva York: Wiley.
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 595-613.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montañó, M. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803.

- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón, A. y Ruiz, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.
- Froján, M.X. y Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fujita, T., Fukushima, N., y Sato, M. (1983). The effects of instructions on DRL performance in humans. *Japanese Journal of Psychonomic Science*, 2(2), 47-54.
- Galizio, M. (1979). Contingency-shaped and rule-governed behavior: Instructional control of human loss avoidance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 31, 53-70.
- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 273-288.
- Gifford, E. V. y Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism* (pp. 285-327). San Diego: Academic Press.
- Glenn, S. S. (1987). Rules as environmental events. *The Analysis of Verbal Behavior*, 5, 29-32.
- Glenn, S. S. (1989). On rules and rule-governed behavior: A replay to Catania's reply. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 51-51.
- Goldiamond, I. (1966). Perception, language and conceptualization rules. En B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: Research, method and theory* (pp. 183-224). New York: Wiley.
- Goldfried, M. R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. Nueva York: Springer.
- Grawe, K. (2002). *Psychological psychotherapy*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Grencavage, L. M. y Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Grieco, F., Loijens, P., Zimmerman, P. y Spink, A. (2007). Reability analysis. En F. Grieco, L. Loijens, P. Zimmerman y A. Spink (Eds.), *The Observer XT Reference Manual. Version 7.0* (pp.461-490). Wageningen: Noldus Information Technology b. v.
- Gutiérrez, O. y Luciano, C. (2006). Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de W. Fordyce a la Teoría del Marco Relacional RFT. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 169-188.
- Haaga, D. A. y Davison, G. C. (1993). An appraisal of racional-emotive therapy. En M. Mahoney (Ed.), Special Section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 215-220.
- Harzem, P., Lowe, C. F. y Bagshaw, M. (1978). Verbal control in human operant behavior. *The Psychological Record*, 28, 405-423.
- Hayes, S. C. (1986). The case of a silent dog-verbal reports and analysis of rules: a

- review of ericsson and simon's protocol analysis: verbal reports as data. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 351-363.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.): *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2005). Eleven rules for a more successful clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1055-1060.
- Hayes, S. C., Blackledge, J. T. y Barnes-Holmes, D. (2001). Language and cognition: Constructing an alternative approach within the behavioral tradition. En Hayes, Steven C.; Barnes-Holmes, Dermot; Roche, Bryan (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. (pp. 3-20). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R. y Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule-controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46, 137-147.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D. y Rosenfarb, I. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 237-256.
- Hayes, S. C., Follette, W. C. y Follette, V. M. (1995). Behavior therapy: a contextual approach. En A. S. Gurman y S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies. Theory and practice* (pp. 128-181). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Gilford, E. V., y Hayes, G. J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *Behavior Analyst*, 21, 253-279.
- Hayes, S. C. y Hayes, L. J. (1989). The verbal action of the listener as basis for rule-governance. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 153-190). New York: Plenum Press.
- Hayes, S. y Ju, W. (1998) The applied implications of rule-governed behavior En O'Donohue, William T. (1998). *Learning and behavior therapy*. (pp. 374-391). Needham Heights, MA, US: Allyn y Bacon.
- 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., y Lipkens, R. (2009). Producing and recognizing analogical relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 91, 105-126.
- Hayes, S. F., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- 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. y Wilson, K. G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. 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. F., Zettle, D., R. y Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. En, S. F. Hayes (Ed.), *Rule Governed Behavior: Cognition, Contingencies and Instructional Control* (pp. 191-220). Nueva York: Plenum Press.
- Herrera, G., Peláez, M., Reyes, G., Figueroa, S. y Salas, M. W. (2001). Seguimiento de reglas en función del desarrollo psicológico y de la comprensión del lenguaje. *Revista Mexicana de Análisis de Conducta*, 27, 403-429.
- Hill, C. E. y Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcome. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5ª ed., pp. 84-135). Nueva York: John Wiley.
- 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, 364-377.
- Hojo, R. (2002). Effects of instructional accuracy on a conditional discrimination task. *The Psychological Record*, 52, 493-506.
- Hung, L. (2006). The use of verbal response tokens in psychotherapy. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66(9-B), 5090.
- Hynan, M. T. (1981). On the advantages of assuming that the techniques of psychotherapy are ineffective. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 11-13.
- Ibáñez Aguirre, C. (2003). De la teoría psicológica a los datos empíricos: camino de ida y vuelta. *Psiquis*, 24 (6), 276-286.
- Israel, A. C. y O'Leary, K. D. (1973). Developing correspondence between children's words and deeds. *Child Development*, 44, 575-581.
- Joyce, J. H. y Chase, P. N. (1990). Effects of response variability on the sensitivity of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior. Special Issue: The Experimental Analysis of Human Behavior*, 54, 251-262.
- Kanter, J. W., Cautilli, J. D., Busch, A. M. y Baruch, D. E. (2005). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: five environmental factors and possible sixth and seventh. *The Behavior Analyst Today*, 6(1), 65-81.
- Kantón, J. R. (1978/1936). *An objective psychology of grammar*. Bloomington, IN: Indiana University Publications.

- Kaufman, A., y Baron, A. (1966). Use of withdrawal of reinforcement within the escape-avoidance paradigm. *Psychological Reports*, 19(3), 959-965.
- Kaufman, A., Baron, A., y Kopp, R. E. (1966). Some effects of instructions on human operant behavior. *Psychonomic Monograph Supplements*, 7(11), 243-250.
- Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions of research and practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based treatments and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 418-428.
- Kerr, K. P. J. y Keenan, M. (1997). Rules and rule-governance: New directions in the theoretical and experimental analysis of human behaviour. En K. Dillenburger, M. F. O'Reilly y M. Keenan (Eds.), *Advances in behaviour analysis* (pp. 205-226). Dublin, Ireland: University College Dublin Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2008). *FAP. Psicoterapia Analítico Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., García, R. F., Aguayo, L. V., Parra, A. F. y Virués-Ortega, J. (2005). Functional-psychoanalytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy: Theory, applications and its relationships with traditional behavior analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- La Voie, J. C., Anderson, K., Frazee, B. y Johnson, K. (1981). Modeling, tuition, and sanction effects on self-control at different ages, *Journal of Experimental Child Psychology*, 31, 446-455.
- Labrador, F. J. (1986). Controversia sobre una posible convergencia entre los distintos acercamientos terapéuticos o de intervención. *Revista española de Terapia del Comportamiento*, 4(3), 259-302.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lampropoulos, G. K. (2000). Evolving psychotherapy integration: eclectic selection

- and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy*, 37(4), 285-297.
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lappalainen, R. y Tuomisto, M. T. (1999). Functional analysis of anorexia nervosa: some applications to clinical practice. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28(4), 167-175.
- Letchworth, G. E. (1966). Studies in efficiency: Verbal conditioning in schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 45-50.
- LeFrancois, J. R., Chase, P. N., y Joyce, J. H. (1988). The effects of a variety of instructions on human fixed-interval performance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 49, 383-393.
- Lippman, L. G. y Meyer, M. E. (1967). Fixed interval performance as related to instructions and to subjects' verbalizations of the contingency. *Psychonomic Science*, 8(4), 135-136.
- León, O. G. y Montero, I. (1997). Diseño de investigaciones. *Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación*. Madrid: MacGraw-Hill.
- Levine, E. S. y Franco, J. N. (1983). Effects of therapist's gender, ethnicity and verbal style on client's willingness to seek therapy. *The Journal of Social Psychology* 121(1), 51-57.
- Levitz, L. S. y Ullmann, L. P. (1969). Manipulation of indications of distributed thinking in normal subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 633-641.
- Llewelyn, S. y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Locke, E. A. (1971). Is "behavior therapy" behavioristic? An analysis of Wolpe's psychotherapeutic methods. *Psychological Bulletin*, 76(5), 318-327.
- López, C. A., Muñoz, A. y Ballesteros, B. P. (2005). Cambio del contexto social-verbal desde la teoría de marcos relacionales en mujeres en riesgo de problemas alimentarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 359-378.
- Lowe, C. F. (1979). Determinants of human behavior. En M. D. Zeiler y P. Harzem (Eds.), *Reinforcement and the organization of behavior* (pp. 159-192). New York: Wiley.
- Lowe, C. F., Beasty, A. y Bentall, R. P. (1983). The role of verbal behavior in human learning: Infant performance on fixed-interval schedules. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 39, 157-164.
- Lowe, C. F., Harzem, P. y Bagshaw, M. (1978). Species differences in temporal control of behavior: human performance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 29, 351-361.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for Dodo bird verdict that "everybody has won so all shall have prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.
- 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.
- Luciano, M. C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351-374.
- Luciano, M. C., Barnes-Holmes, Y. y Barnes-Holmes, D. (2002). Establishing reports of saying and doing and discriminations of say-do relations. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 406-421.
- Luciano, M. C. y Hayes, S. C. (2001). Trauma of experiential avoidance. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C., Herruzo, J. y Barnes-Holmes, D. (2001). Generalization of say-do correspondance. *The psychological Record*, 51, 111-130.
- Lyddon, W. J., Clay, A. L. y Sparks, Ch, L. (2001). Metaphor and change in counseling. *Journal of Counselling and Development*, 79, 269-275.
- McLuhan M. y Fiore, Q. (1967). *The medium is the massage. An inventory of effects*. New York: Bantam Books.
- Mahoney, M. J. (1974/1983). *Cognición y modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Malott, R. W. (1989). The achievement of evasive goals: control by rules describing contingencies that are not direct acting. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 269-322). Nueva York: Plenum Press.
- Martin, J., Cummings, A. I. y Hallberg, E. T. (1992). Therapists` intentional use of metaphor: Memorability, clinical impact, and possible epistemic/motivational factors. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 1, 143-145.
- Martin, G. y Pear, J. (2007). *Behavior Modification: What It Is and How to Do It*. New Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall.
- Martínez, H., Ortíz, G. y González, A. (2002). Precisión instruccional, retroalimentación y eficacia: efectos sobre el entrenamiento y transferencia en una tarea de discriminación condicional en adultos. *Acta colombiana*, 8, 7-33.
- Martínez, H. y Ribes, E. (1996). Interactions of contingencies and instructional history on conditional discrimination. *The Psychological Record*, 46, 301-318.
- Martinez, H. y Tamayo, R. (2005). Interactions of contingencies, instructional accuracy, and instructional history in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 55, 633-646.
- Matthews, B. A., Catania, A. C. y Shimoff, E. (1985). Effects of uninstructed verbal behavior on nonverbal responding: contingency descriptions versus performance descriptions. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 43, 155-164.
- Matthews, B. A., Shimoff, E., Catania, A. C. y Sagvolden, T. (1977). Uninstructed human responding: Sensitivity to ratio and interval contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 27, 453-467.
- Mayor, J. y Labrador, F. J. (1984). Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- McAuliffe, D., Barnes-Holmes, D. y Barnes-Homes, Y. (2004). Excessive rule-following

- and depressive symptomology. En Smyth, S. (Chair), *Acceptance and commitment therapy: Core principles and measures*. Symposium presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis, New Orleans, LA.
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2006). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres. En M. X. Méndez, J. P. Espada M. Orgilés (Eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Messick, S. (1980). Test validity and ethics of assessment. *American Psychologist*, 35, 1012-1027.
- Michael, J. (1984). Verbal Behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 42, 363-376.
- Michael, R. L. y Bernstein, D. J. (1991). Transient effects of acquisition history on generalization in a matching-to-sample task. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 56, 155-166.
- Mistr, K. N. y Glenn, S. S. (1992). Evocative and function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *Analysis of Verbal Behavior*, 10, 11-21.
- Molinas, F. J., Luciano, M. C. y Huerta, F. (2000). Seguir lo que hace un modelo o lo que dice en niños preescolares. *Psicothema*, 12, 117-124.
- Montaño, M. (2008). *Estudio observacional de la conducta verbal del psicólogo para el análisis del proceso terapéutico*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Moore, J. (1997). A retrospective of Willard Day's contributions to radical Behaviorism and the analysis of verbal behavior. *The Analysis of verbal behavior*, 9, 97-104.
- Newman, B., Hemmes, N. S., Buffington, D. M. y Andreopoulos, S. (1994). The effects of schedules of reinforcement on instruction-following in human subjects with verbal and nonverbal stimuli. *The Analysis of Verbal Behavior*, 12, 31-41.
- Ninnes, H. A. C., Glenn, S. S. y Ellis, J. (1993). *Assessment and treatment of emotional or behavioural disorders*. Westport, CN: Praeger.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E. y Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Okouchi, H. (1999). Instructions as discriminative stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 72, 205-214.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5ª ed., pp. 307-389). Nueva York: John Wiley.
- Ortiz, G., González, A., Rosas, M. y Alcaraz, F. (2006). Efectos de la precisión instruccional y la densidad de retroalimentación sobre el seguimiento, la elaboración y transmisión de descripciones en tareas de discriminación condicional. *Acta Comportamentalia*, 14(2), 103-130.

- Otto, M.W. (2000). Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 166-172.
- Overskeid, G. (1995). Cognitivist or behaviourist: Who can tell the difference? the case of implicit and explicit knowledge. *British Journal of Psychology*, 86(4), 517-522.
- Paniagua, F. A., y Baer, D. M. (1982). The analysis of correspondence training as a chain reinforceable at any point. *Child Development*, 53, 786-798.
- Paracampo, C. C. P. & Albuquerque, L. C. (2004). Análise do papel das conseqüências programadas no seguimento de regras. *Interação em Psicologia*, 8, 237-245.
- Parrott, L. J. (1987). Rule-governed behavior: an implicit analysis of reference. En S. Modgil y C. Moldgil (Eds.), *B. F. Skinner, Consensus and Controversy* (pp.265-276). Philadelphia: Falmer Press.
- Peláez, M. y Moreno, R. (1998). Análisis conductual del desarrollo, historia, teoría e investigación: Taxonomía de reglas y su correspondencia con la conducta gobernada por reglas. *Revista Mexicana de Análisis de Conducta*, 24, 197-214.
- Pennebaker, J. W. (2000). Telling stories: The health benefits of narrative. *Lit Med*, 19, 3-18.
- Pérez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pérez, M. (2011). *Memorias del curso La eficacia de los tratamientos psicológicos: Tratamientos empíricamente apoyados* celebrado el 24 y 25 de marzo de 2011. (en prensa).
- Perone, M., Galizio, M. y Baron, A. (1988). The relevance of animal-based principles in the laboratory study of human operant conditioning. Human operant conditioning and behavior modification. En G. Davey y C. Cullen, (Eds), *Human operant conditioning and behavior modification*, (pp. 59-85). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy. A proposed remedy. *American Psychologist*, 46(2), 99-106.
- Plaud, J. J. y Newberry, D. E. (1996). Rule-governed behavior and pedophilia. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 8(2), 143-159.
- Plaud, J. y Plaud, D. (1998). Clinical Behavior Therapy and the experimental analysis of behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 905-921.
- Poling, A., y LeSage, M. (1992). Rule governed behavior and human behavioral pharmacology: A brief commentary on an important topic. *Analysis of Verbal Behavior*, 10, 37-44.
- Polman, A., Bouman, T., Van Hout, W., Jong, P. y Boer, J. (2010). Processes of change in cognitive-behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder: current

- status and some future directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 1-12.
- Poppen, R. L. (1989). Some Clinical Implications of Rule-Governed Behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-357). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in modification of problema behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-218). Newbury Park, CA: Sage.
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38(4), 443-448.
- Quera, V. (1997). Los métodos observacionales en la Etología. En F. Peláez y J. Veà (Eds.), *Etología. Bases biológicas de la conducta animal y humana* (pp. 43-83). Madrid: Pirámide.
- Reed, S. K. (1993). A schema-based theory of transfer. En D. K. Detterman y R. J. Stenberg (Eds.). *Transfer on trial: Intelligence, Cognition ans Instructions* (pp. 39-67). Ablex: Norwood, Nueva Yersey.
- Reese, H. W. (1989). Rules and Rule-Governance. Cognitive and behavioristic views. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-357). New York: Plenum Press.
- Rehm, L. P. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatments of depression. *Behavior Therapy*, 10(4), 429-442.
- Rehm, L. P. y Rokke, P. (1988). Self-management therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford.
- Ribes, E. (1990). *Problemas Conceptuales en el Análisis del Comportamiento Humano*. México: Trillas.
- Ribes-Iñesta, E. (1990b). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes-Iñesta, E. (2000). Instructions, rules, and abstraction: A misconstrued relation. *Behavior and Philosophy*, 28(1-2), 41-55.
- Ribes-Iñesta, E. (2008). Conducta verbal de B. F. Skinner: un análisis retrospectivo. *Journal of Psychology and pshychological therapy*. 8, (3), 323-334.
- Ribes, E., y Martínez, H. (1990). Interaction of contingencies and rule instructions in the performance of human subjects in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 40, 565-586.
- Ribes, E., Moreno, D. y Martinez, C. (1998). Second-order discrimination responding behavior. *The Behavioural Processes*, 42, 1-18.
- Rimm, D. C. y Masters, J. C. (1974). *Terapia de Conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.
- Romo, M. (1997). *Psicología de la creatividad*. Barcelona: Paidós.
- Rosen, G. M. y Davidson, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change and not credential trademarked therapies of 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., Hayes, S. C., y Linehan, M. M. (1989). Instructions and experiential feedback in the treatment of social skills deficits in adults. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 242-251.
- Ruiz-Sancho, E. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Russell, B. (1911). Knowledge by acquaintance and knowledge by description. *Proc.Aristot.Soc*, 11, 108-128.
- Ryle, G. (1949/2005). *El concepto de lo mental*. Barcelona: Paidós Surcos.
- Small, J. J. y Robert, J. M. (1986). The language of therapy. *Psychotherapy*, 23(3), 395-404.
- Sammons, M. T. y Nathan, P. E. (2006). Interventions: Empirically Supported Treatments. En J. R. Matthews y C. E. Walker. *Your practicum in psychology: A guide for maximizing knowledge and competence* (pp. 157-185). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Salzinger, K. (1992). Cognitive therapy: a misunderstanding of B. F. Skinner. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 3-8.
- Sarwer, D. B. y Sayers, S. L. (1998). Behavioral interviewing. En A. S. Bellack y M. Hersen (Ed.), *Behavioral assessment. A practical handbook* (4ta ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Sheldon, B. (1996). *Cognitive-behavioural therapy. Research, practice and philosophy*. Londres: Routledge.
- Schlinger, H. D. (1990). A reply to behavior analysts writing about rules and rule-governed behavior. *Analysis of Verbal Behavior*, 8, 77-82.
- Schlinger, H. D. (1993). Separating discriminative and function-altering effects of verbal stimuli. *The Behavior Analyst*, 16, 9-23.
- Schlinger, H. D. (2008). Conditioning the behavior of the listener. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 309-322.
- Schlinger, H. D. y Blakely, E. (1987). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10, 41-45.
- Schlinger, H. y Blakely, E. (1994). A descriptive taxonomy of environmental operations and its implications for behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 17, 43-57.
- Schnaitter, R. (1977). Behaviorism and ethical responsibility. In J. E. Krapfl y E. A. Vargas (Eds.), *Behaviorism and ethics* (pp. 29-42). Kalamanzoo, MI: Behaviordelia.
- Schoenfeld, W. N. y Cumming, W. W. (1963). Behavior and perception. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*, (Vol. 5). New York: McGraw-Hill.
- Shimoff, E., Catania, A. C., y Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36, 207-220.
- Shimoff, E., Matthews, B. A., y Catania, A. C. (1986). Human operant performance:

- Sensitivity and pseudosensitivity to contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46, 149-157.
- Sidman, M. (1986). Functional analysis of emergent verbal classes. In T. Thompson y M. D. Zeiler (Eds.), *Analysis and integration of behavioral units* (pp. 213– 245). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sidman, M., y Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. En B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: research, metho and theory* (pp.225-257). Nueva York: John Wiley y Sons.
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1989). The behavior of the listener. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 85-96). New York: Plenum Press.
- Skinner, B. F. (manuscrito no publicado). *Rules and Behavior*.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Spirito, A. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 87-174.
- St-Denis, C. (2001). Schedule sensitivity of instructed human operant behavior: Effects of a warning, length of training and variability pre-training with elaborate and minimal instructions. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (2-B), 1061-1061.
- Staats, A. W. (1983). *Aprendizaje, lenguaje y cognición*. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1967).
- Staddon, J. E. R. (1983). *Adaptative behavior and learning*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Staddon, J. E. R. (2000). *Adaptative dynamics*. Nueva York: The MIT Press.
- Steinman, W. M. (1977). Generalized imitation and the reactive event concept. En B. C. Etzel, J. M. LeBlanc y D. M. Baer (Eds.), *New developments in behavioral research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stewart, I. y Barnes-Holmes, D. (2004). Relational frame theory and analogical reasoning: Empirical investigations. *International Journal of Psychological Therapy*. 4(2) , 241-262.
- Stewart, I., Barnes-Holmes, D., Hayes, S.C., y Lipkens, R. (2001). Relations among relations: Analogies, metaphors and stories. En S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.) *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp.73-86). New York: Kruber Academic/Plenum Publishers.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. y Conell, J. (2008). Effectivness of

- cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies in UK Primary-care routine practice: Recplication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38(5), 677-688.
- Stroshal, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G. y Gilford, E. V. (2005). An ACT premier: core therapy processes, intervention strategies and therapist competencies. En S. Hayes y K. D. Stroshal (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31-58). Nueva York: Springer Science y Business Media, Inc.
- Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M. y Doran, E. (2007). Advanced concepts and methods of intervention in behavioral approaches to psychopathology. En P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 51-64). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Taylor, I. y O'Reilly, M. F. (1997). Toward a functional analysis of private verbal self-regulation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 43-58.
- Thoresen, C. E. y Mahoney, M. J. (1975). Immediate and delayed punishment of human behavior by loss of reinforcement. *Learning and motivation*, 6, 62-79.
- Tonneau, F. (2001) Equivalence relations: A critical analysis. *European Journal of Behavior Analysis*, 2, 1-33.
- Tonneau, F. (2004a). Book review: Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. *British Journal of Psychology*, 95, 265-268.
- Tonneau, F. (2004b). Verbal understanding and Pavlovian Processes. *The Behavior Analyst Today*, 5, 158-169.
- Tonneau, F., Arreola, F. y Martínez, A. G. (2006). Function transformation without reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 85, 393-405.
- Törneke, N., Luciano, C. y Valdivia, S. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 141-156.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- 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.
- Turbyne, C. M. (1974). *El mito de la metáfora*. México: Fondo de cultura económica.
- Turkat, I. D. (1985). *Behavioral case formulation*. Nueva York: Plenum Press.
- Varela, J. A. (2008). *Conceptos básicos del interconductismo*. México: Universidad de Guadalajara.
- Vaughan, M. E. (1985). Repeated acquisition in the analysis of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 44, 175-184.
- Vaughan, M. E. (1987). Rule governed behavior and higher mental processes. In S Modgil y C Modgil (Eds.), *B.F. Skinner: Consensus and controversy* (pp. 257-264). London: Falmer Press.
- Vaughan, M. E. (1989). Rule-governed behavior in behavior analysis: A theoretical and

- experimental history. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 97-118). New York: Plenum Press.
- Weiner, H. (1962). Some effects of response cost upon human operant behavior. *Journal of experimental analysis of behavior*, 5, 201-208.
- Weiner, H. (1964). Conditioning history and human fixed-interval performance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 383-385.
- Weiner, H. (1970). Instructional control of human operant responding during extinction following fixed-ratio conditioning. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 13, 391-394.
- Weiner, H. (1983). Some thoughts on discrepant human-animal performances under schedules of reinforcement. *Psychological Record*, 33, 521-532.
- White, S. H. (1965). Evidence for hierarchical arrangement of learning processes. En L. P. Lipsitt y C. C. Spiker (Eds.), *Advances in child development and behavior* (pp. 187-220). New York: Academic Press.
- Wincze, J. P., Leitenberg, H. y Agras, W. S. (1970). A sequential analysis of the effects of instructions and token reinforcement in the modification of delusional verbal behavior in chronic psychotics. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 5(2), 737-738.
- Wilson, G. T. (1996). Empirically validated treatments: Reality and resistance. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 241-244.
- 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.
- Wittgenstein, L. (1958). *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Wolpe, J. (1969/1977). *La práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas.
- Zettle, R. D. (1990). Rule-governed behavior: a radical behavioural answer to the cognitive challenge. *The Psychological Record*, 40, 41-49.
- Zettle, R. D. y Hayes, S. C. (1982). Rule-governed behavior: A potential framework for cognitive-behavioral therapy. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 73-118). Nueva York: Academic Press.
- Zettle, R. D. y Hayes, S. C. (1983). Effect of social context on the impact of coping self-statements. *Psychological Reports*, 52, 391-401.
- Zettle, R. D. y Hayes, S. C. (1984). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive behavior therapy. En P. C. Kendall (Eds.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Press.

# **ANEXOS**



**ANEXO 1:**

***MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO***





## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Grabación de sesiones clínicas**

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 el psicólogo 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 tratamiento psicológico.

#### **1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN MARCHA**

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid se está llevando a cabo un proyecto de investigación para el análisis de las variables asociadas al cambio de conducta en terapia. El objetivo último de esta investigación es la identificación de los factores relacionados con el cambio en la clínica en un intento por comprender mejor el fenómeno terapéutico. Para ello se analizará fundamentalmente el comportamiento verbal del psicólogo, con el fin de estudiar la interacción entre el psicólogo y la persona que recibe tratamiento psicológico pero nunca se juzgará o valorará el comportamiento de la persona que recibe tratamiento psicológico.

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 clínica, 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 terapeutas y clientes 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 clínicas únicamente se enfocará al terapeuta, por lo que su imagen nunca será grabada, si bien tanto su voz como la del psicólogo 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 psicológico, 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 terapia 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 psicológico que usted esté recibiendo.

### 5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. .... he leído el documento de consentimiento informado que me ha entregado el/la psicólogo/a 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 el/la psicólogo/a 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. Página 2 de 3

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO que se realicen las grabaciones de las sesiones clínicas 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 cliente)



Yo, Don/Dña....., declaro que he discutido el contenido de este documento de consentimiento informado con el /la arriba firmante.

Firma del psicólogo/a:

Don/Dña. \_\_\_\_\_



**ANEXO 2:**

***SISTEMA DE CATEGORÍAS DE LAS REGLAS  
EMITIDAS POR EL TERAPEUTA (SISC-REGLAS-T)***



**SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LAS REGLAS EMITIDAS POR EL  
TERAPEUTA (SISC-REGLAS-T)**

**Tabla de contenidos**

Introducción .....	1
Tabla de clasificación de reglas.....	2
Identificación de reglas	
• Criterios generales.....	3
• Criterios específicos.....	3
○ Según el modo de expresión.....	3
○ Según los elementos de la contingencia.....	4
○ Según su especificidad o generalidad.....	5
○ Según su contenido.....	7
○ Según su completitud.....	11
○ Según el sentido de la verbalización.....	12
○ Una o dos reglas.....	13
Tipos de reglas	
• Criterios generales.....	14
• Criterios específicos.....	14
○ Según el tipo de agente.....	14
- Agente Personal.....	14
- Agente Concreto.....	15
- Agente Indefinido.....	15
- Agente Concepto.....	16
○ Según el tipo de contexto.....	18
- Contexto Particular.....	18
- Contexto General.....	19



## I. INTRODUCCIÓN

Definición de regla: “La expresión de las contingencias de la experiencia y el conocimiento del terapeuta subsumidas en un principio generalizable a diferentes situaciones relacionadas con la problemática general del cliente, asociado a una gran variabilidad de conductas no inmediatas, sino diferidas, para las cuales no se controla la aparición de las consecuencias”.

Este tipo de verbalizaciones fueron delimitadas a partir de las “funciones estado” (función informativa, motivadora e instructora) según el SISC-CVT.

Las verbalizaciones cuya función es instructora fueron descartadas como reglas porque su característica principal es la especificidad de la conducta, en tanto que la característica principal de una regla es la generalidad de la misma.

Un caso muy distinto ocurre con la verbalizaciones clasificadas como función motivadora. Dentro de sesión, las verbalizaciones motivadoras actúan como una operación de establecimiento, igual que un tipo especial de reglas (se trata de reglas motivadoras). Sin embargo, dado que la función de las verbalizaciones motivadoras está tan bien delimitada y, en la situación terapéutica, comprenden una gran parte de las verbalizaciones, hemos decidido dedicarles un estudio aparte.

Por esta razón, la identificación y clasificación de reglas sólo se hizo tomando en cuenta las verbalizaciones clasificadas como función informativa.

A continuación se presentan los criterios de identificación de reglas en el discurso del terapeuta y del tipo de regla al que corresponden.

## II. TABLA DE CLASIFICACIÓN DE REGLAS

**Tabla 1.** Sistema de categorización de reglas en las verbalizaciones del terapeuta y ejemplos

Tipo de agente	Tipo de contexto	Elementos de la contingencia	
<b>Personal</b> (“Sobre todo viviendo fuera de casa, no tienes porqué tener ningún esfuerzo hacia tu padre”)	<b>Particular</b> (“El que tengas más tiempo de estar en casa hace que le exijas más”)		<b>Situación</b> (“En cualquier caso, al saludar de modo impersonal, se marca una distancia”)
	<b>General</b> (“El que no seas capaz no marca que algo sea factible o no”)		
<b>Agente concreto</b> (“Un niño es feliz cuando se desenvuelve en un ambiente agradable”)	<b>General</b> (“Para los niños, la vida es una situación de incertidumbre”)		<b>Conducta</b> (“En cualquier caso, al saludar de modo impersonal, se marca una distancia”)
	<b>Particular</b> (“Un padre no puede entender cómo su hijo sale el viernes hasta más allá de la media noche”)		
<b>Agente indefinido</b> (“Las personas disfrutan con éxito ajeno cuando están contentas con su vida”)	<b>General</b> (“Ninguna persona tiene la obligación de tener consideraciones con quien no quiera”)		<b>Consecuencia</b> (“En cualquier caso, al saludar de modo impersonal, se marca una distancia”)
	<b>Particular</b> (“Si alguien hace un experimento y somete a un bebé a esa situación, hará un niño infeliz”)		
<b>Concepto</b> (“No hay nada ni bueno ni malo”)	<b>No pertinente</b>		

### III. IDENTIFICACIÓN DE REGLAS

#### CRITERIOS GENERALES

- Conducta a categorizar. Únicamente se categorizará el comportamiento verbal del terapeuta, nunca la conducta no verbal aunque ésta pueda ser tomada en cuenta para decidir cómo codificar las verbalizaciones del clínico.
- Reglas no motivadoras. Registraremos las reglas que no cumplan con la función motivadora.
- Generalidad. Las reglas se deben poder generalizar a otras situaciones.
- Elementos de la contingencia. Dadas las circunstancias de nuestra investigación, la posibilidad de que una regla emitida por el terapeuta esté constituida por un sólo elemento descrito puede desembocar en interpretaciones subjetivas que admitan muchas verbalizaciones como supuestas reglas, por eso, debe tener, como mínimo, dos elementos de la contingencia. Excepto cuando el contexto sea general o se trate de una regla de tipo Concepto, porque la situación está implícita.
- Sentido gramatical. Si la frase en cuestión, gramaticalmente, no tiene sentido, aunque estén presentes los tres elementos de la contingencia, no se clasificará como regla porque implica un amplio grado de inferencia el suponer que el cliente lo ha entendido.

#### CRITERIOS ESPECÍFICOS

##### 1. Según el modo de expresión

1.1 No debe ser expresada de un modo interrogativo o dubitativo.

Ejemplo:

- Psicólogo: "Probablemente no se atrevió a llamar porque aún no les había dado la explicación pertinente".

1.1.1 Las expresiones que contengan un "yo creo", "yo pienso" o equivalentes, no serán clasificadas como reglas porque consideramos que la verbalización es dubitativa.

Ejemplo:

- Psicólogo: "Yo no creo que sea una desgracia que haya diversidad en lo que uno entiende que es la consideración, el respeto, etc."

1.1.2 Si en medio de una regla, se hace una pregunta retórica o un comentario muy específico, se seguirá registrando como regla.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Cuando alguien se separa ¿Qué pasa con toda la familia? No me separo de una persona, me separo de toda una vida” (Es regla)*

## 2. Según los elementos de la contingencia

2.1 Aunque por contexto se pudiera entender un elemento de la contingencia, si no se menciona, no lo consideraremos.

Ejemplo:

- *Cliente: “en la noche es más propenso ligar”*
- *Psicólogo: “El que quiere”*

2.1.1 Una excepción: si se alude a un elemento de la contingencia, por medio de palabras sustitutas (como por ejemplo: artículos o adverbios) sí lo consideraremos regla. En el siguiente ejemplo se utilizan las palabras sustitutas “forma de reaccionar” para referirse a la palabra “silencio” en el marco de una conversación en la que ambos interlocutores conocen dicha relación.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “En ciertas circunstancias, esa forma de reaccionar (silencio) es muy sana para todos”*

Otra excepción es: si en una verbalización inmediatamente anterior o dentro del turno de hablar anterior del Terapeuta, se señaló uno de los elementos de la contingencia, se considerará regla porque es equivalente a hacer una referencia explícita por medio de una palabra sustituta.

2.2 En caso de que el tipo de contexto sea general, no es necesario que se describan dos elementos de la contingencia, ya que el tipo de situación, por definición, siempre se refiere a una amplia variedad de situaciones.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “No se puede hablar de universalidades” (Tipo de agente: Concepto. Elementos: conducta)*
- *Psicólogo: “Las personas tenemos formas distintas de actuar” (Tipo de agente: indefinido. Tipo de contexto: General. Elementos: Conducta)*
- *Psicólogo: “Los hombres no se plantean ese tipo de cosas” (Tipo de agente: Concreto. Tipo de contexto: General. Elementos: Conducta)*

Incluso es posible que se emita una regla general que contenga sólo la situación:

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Para los niños, la vida es un lugar de incertidumbre”. (Regla)*

### 3. Según su especificidad o generalidad

3.1 Por definición, la verbalización en cuestión se debe poder aplicar a otras situaciones.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Te puede gustar muchísimo aprender una cosa, pero si llegas cansada de trabajar no dices es el momento para empezar”. (Regla)*
- *Psicólogo: “Son dos posiciones teóricas, ninguno tiene más razón que otro” (Regla)*
- *Psicólogo: “Igual que él no te fuerza, yo me voy tu te vas. A la calle. Tú no le puedes decir, yo me voy, tú te quedas.” (No es regla)*

3.2 Si la situación a la cual se hace referencia es específica, pero ficticia, dado que se trata de una analogía a la situación problemática del cliente, la consideramos una regla.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Hay personas que ese gesto (que te tiren con el bidé) le parecería un atentado de denuncia y hay gente que soportaría que le tiren contra el bidé” (Regla porque la situación que propone el terapeuta es ficticia para que el cliente entienda que a un mismo gesto es interpretado de modos muy distintos por diferentes personas).*

3.3 Independientemente del contexto, siempre que la conducta a realizar sea específica, se trata de una instrucción. En la instrucción siempre tiene que haber una conducta que sea clara y que se pueda entender como una tarea a realizar, por eso el verbo es imperativo.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Cada vez que te quedas sola en casa, piensa en la cantidad de cosas que puedes hacer”. (Instrucción)*
- *Psicólogo: “En lugar de quedarse pensando que se está sólo en casa, es mejor que uno piense en las cosas que puede hacer”. (Regla)*
- *Psicólogo: “Qué te encuentras con alguien que no te gusta. En vez de salir huyendo, sonríele amablemente”. (Instrucción)*

- *Psicólogo: “Lo mejor que puede hacer alguien cuando se encuentra con quien no quiere es sonreírle, en lugar de salir huyendo”. (Regla)*

3.4 Si en una verbalización, ya sea frente a un contexto general o particular, pero la conducta no es una acción, sino más bien un conjunto de acciones que delimitan un estilo de actuar, entonces se trata de una regla.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “No se trata de esconder el problema, de huir, sino de enfrentarse a él”. (Regla porque tanto esconder como enfrentarse a un problema no son conducta que se tengan que seguir al pie de la letra, sino que representan una actitud que debe tomar el cliente.*
- *Psicólogo: “No puedes dar ese tipo de atención, esperando que te vayan a pagar con la misma moneda”. (Regla)*

3.4.1 Existen casos en los que se mencionan instrucciones muy generales que pueden confundirse con estilos comportamentales, pero no lo son porque solamente ordenan una acción.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Ese punto (el de ser muy restrictiva con su novio y tampoco dejar que se olvide de las reglas de convivencia) es el que tú tienes que encontrar”. (No es Regla)*

3.4.2 Las verbalizaciones que propongan una acción utilizando el “Hay que...” no se clasificarán como reglas porque se trata de una instrucción, aunque la instrucción sea un poco vaga y se pueda confundir con una regla. Se considera equivalente el caso de “tenemos que..., tienes que...”, aunque en este último caso hay una excepción cuando el “tenemos que” no denota una acción, sino una condición”.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Hay que encontrar el término medio entre la libertad absoluta de libertad y el olvidarse de las reglas de convivencia”. (No es Regla)*
- *Psicólogo: “Existe un punto medio entre la restricción absoluta de libertad y el no tener en cuenta las reglas de convivencia”. (Regla)*
- *Psicólogo: “Como seres humanos que somos, tenemos que ser capaces de anticipar que nos puede pasar eso”. (Regla porque el tenemos que se utiliza para designar una condición normal de los seres humanos, no una tarea a realizar. No sería regla si faltara la primera parte “como seres humanos que somos”)*

3.5 Cuando se utiliza el “es cuestión de”, no es regla, sino una instrucción general. A menos que se utilice para puntualizar una características de un concepto.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Es cuestión de organizarse.” No es regla.*
- *Psicólogo: “Todo es una cuestión de adaptación.” Regla*

3.6 Hay ocasiones en las que se puede dar un tipo verbalizaciones muy engañosas por ser específicas para determinado caso, pero que no señalan ninguna acción concreta., por lo que no se trata de una regla ni de una instrucción.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “No debes obsesionarte con la valoración que te den tus amigas” o “No puedes esperar que ante esa situación no te sentirás nerviosa”. (No son instrucciones ni reglas porque el “obsesionarte” o “esperar” (en ese contexto) no es una conducta clara para realizar una tarea, se trata más bien de una descripción).*

3.7 No se consideran reglas, las verbalizaciones que contienen consejos o recomendaciones, ya que éstos sólo son una solución posible a un problema específico.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “porque gana tanto, pues que contrate a una persona que haga las cosas por ti. O sea, paga a alguien que haga el trabajo, pero yo no”.*

#### **4. Según su contenido**

4.1 Las explicaciones sobre una conducta del cliente que sólo ordenen los datos biográficos que este ha referido, no se clasificarán como reglas.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “El tema de la culpabilidad se refleja en sentirte mal por no felicitar a tu padre, sentirte mal porque piensas que tu obligación es cuidarlo aunque no te guste”. (No es regla)*

4.2 Una verbalización se considerará regla cuando explique la conducta del cliente que se repite en diferentes situaciones, no sólo en una situación concreta; es decir, que resume una conducta continua en un período indeterminado de tiempo. En estas verbalizaciones deberán mencionarse las consecuencias y la conducta debe ser desadaptativa y previa al inicio de la terapia (ya que de otro modo, se trataría de una regla motivadora).

Ejemplo:

- Psicólogo: “*No te saludó porque no te oyó*”. (No es regla)
- Psicólogo: “*La falta de continuidad hace que tú y Elisa estén tensas*”. (Regla)
- Psicólogo: “*Tu respuesta o tu comentario de “ya estoy hasta las narices” es fruto de lo que tú piensas que es “este es un jeta, basta con que yo haga algo...”*”. (No es regla, ya que alude a una situación durante el tratamiento)
- Psicólogo: “*Tus reacciones no son fruto de esos prontos que dices, sino de todo un proceso de comerte el tarro y darle vueltas, que es lo que te provoca la ira, el enfado”*”. (Regla)

4.2.1 Sin embargo, sólo cuando la explicación de esta conducta se hace por medio de una analogía, aunque no se explicita la consecuencia, se clasificará como regla.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Evitabas el puente, la facultad, tus compañeros de clases y en cada una de esas ocasiones, aumentabas tu temor como un globo que se iba inflando cada vez más*”. (Regular)

4.2.2 Por otra parte, cuando se explica la consecuencia de una conducta del cliente anterior al tratamiento, es importante recordar que esta consecuencia debe ser siempre producto de una conducta y no de una situación.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Esa situación de incertidumbre te ha causado esa manera de ser tan triste*”. (No es regla)
- Psicólogo: “*El que hayas evitado continuamente las situaciones de tensión, ha conseguido tu nivel de ansiedad*”. Regla.

4.3 Cuando la explicación de la conducta se refiere a otra persona, sólo cuando se enuncie mediante un sujeto impersonal, se considerará regla.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*él (pareja de la cliente) no puede habituarse de golpe a que ahora de repente trabaja lo mismo que antes y encima tiene más trabajo en casa*”. (No es regla)
- Psicólogo: “*También resulta duro cambiar algo que se está acostumbrado hacer durante toda la vida*”. (Regla)

4.4 No son reglas las verbalizaciones que especifican la conducta de un agente de la contingencia, que sin saberlo, tiene consecuencias sobre otro.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo mejor que él (la pareja de la cliente) te puede hacer es marcharse sin atender a tus dudas”.*

4.5 Tampoco se consideran reglas las verbalizaciones que expongan ciertas características (como cualidad, defecto, etc.) de la conducta de una persona concreta con quien el cliente comparte ciertos aspectos de su vida (como el padre, la madre, pareja, hermanos, etc.). Ni tampoco algún calificativo de la conducta que el cliente ha realizado.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Eso (saber lo que quiere) es una virtud, pero no sólo con él (su novio) sino también para las personas que viven con él, en el sentido de que no te la guarda cruzada, no te esconde nada”. (No es regla)*
- *Psicólogo: “Fíjate que ahí (pesándose varias veces al día para cuidar su peso) has llegado a un límite irracional”. (No es Regla)*
- *Psicólogo: “Sí, ya sé que crees que nunca te decides; pero hacer lo que hiciste es tomar una decisión”. (No es regla)*

4.5.1 Cuando se habla de normalidad de una conducta, cuando se trate de una conducta desempeñada por un agente indefinido o concreto, sí es una regla. En cambio, cuando se desempeña por un agente personal, no.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Es normal que te sientas así después de todo lo que has pasado”. (No es regla)*
- *Psicólogo: “Es normal que los niños prefieran salir con sus amigos que con sus padres”. (Regla)*

4.6 Si el contenido de una verbalización no está directamente relacionado con la problemática del cliente y se dice desde una clase de colectivo, aunque se trate en sentido estricto de una regla, no se clasificará como tal.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Yo, como psicóloga, no le puedo decir a una persona que sus valores están mal”. (No es una regla porque no está relacionado directamente con la problemática del cliente. Sería regla si la problemática fuera el entrenamiento como psicóloga).*

4.7 Cuando se hable de los objetivos que se pretenden conseguir o sobre lo favorable de que asista a terapia una persona cercana al cliente, no se clasificará como regla.

Ejemplo:

- Psicólogo: “El que venga algún familiar del cliente a terapia es algo normal y favorable para el proceso terapéutico”. (No es regla)

4.8 Cuando se definen o se da alguna información relacionada a constructos psicológicos o científicos, no se trata de una regla. Sólo serán reglas cuando éstos constructos sean tratados como conductas.

Ejemplo:

- Psicólogo: “La ansiedad es perjudicial porque impide la acción”. (No es regla)
- Psicólogo: “Las personas ansiosas en lugar de activarse para realizar una acción, están impedidas para hacerla”. (Regla)

Si sólo se utilizan conceptos psicológicos o científicos como explicación, no se trata de una regla. Sin embargo, cuando se utilizan términos coloquiales para explicar un concepto psicológico, sí se trata de una regla. Ahora, entre dos explicaciones que contengan términos psicológicos coloquiales, una seguida de otra, hay que preferir marcar como la regla la que contenga términos más sencillos.

4.9 Cuando se establece una igualdad o diferencia entre dos conductas relacionadas a una situación, no se trata de una regla; sin embargo, sí es una regla cuando se hace entre dos conceptos o conductas expresadas mediante verbos en infinitivos”.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Igual que a ti te costó saludarla, a ella también le costó devolverte el saludo”. No es regla.
- Psicólogo: “Bienestar es igual a felicidad”. Regla

4.10 Es importante saber que no toda analogía es siempre una regla, sino sólo cuando la analogía resume el camino a seguir de una acción.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Hasta llegado al punto en el que no tienes que seguir buscando: has encontrado al cuervo blanco”. (No es regla)
- Psicólogo: “En este momento te encuentras como cuando un niño aprende a andar, al principio necesita agarrarse a las cosas, pero finalmente anda por sí sólo. Solo te queda practicar”. (Regla)

## 5. Según su completitud

5.1 No se considerarán reglas, aquellas verbalizaciones que, en su conjunto, podrían contener una regla que no está expresada como tal. Podría ser un caso de preparación para la regla.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “él no se plantea, cómo me paso yo con mi madre, entonces no se plantea cómo me paso yo con Noelia”. (No es regla. Aunque podemos inferir una posible regla que el terapeuta intentaba transmitir, no se ha estructurado debidamente)*

5.2 Cuando una verbalización está repitiendo el contenido de otra que ya ha quedado clara y no está completa si no es teniendo en cuenta elementos de la regla anterior, no se clasificará como regla.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Anticipar cosas que son improbables, no nos sirve de nada” (Regla). “Por un lado es preocuparse por algo, por otro, es una queja”. (No es regla porque ya quedó claro lo que la terapeuta ha querido decir, esta verbalización es más bien una repetición que no agrega nada)*

5.2.1 Si una verbalización, tiene el mismo contenido de una regla inmediatamente anterior, no se categorizará como regla aunque exista alguna verbalización entre ambas que contenga un verbo.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Hay mucha gente que no lo tiene como una necesidad básica (el sexo)” (Regla)*
- *Cliente: “Hay mucha que lo tiene”*
- *Psicólogo: “Hay gente que sí, hay gente que no. Hay gente que no le da importancia a eso” (No es regla)*

5.2.2 Cuando una verbalización, seguida de una regla, añade un elemento, cambia de agente o contexto a la regla anterior, entonces se categorizará como otra regla, aunque intente explicar la misma relación. En este caso, se categorizará desde el inicio de la verbalización, aunque la primera parte esté repetida.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Anticipar cosas que son improbables que pasen, no sirve de nada” (Regla)*
- *Cliente: “Ya si pasa...”*
- *Psicólogo: “Espera”. “Si es improbable que algo pase, ¿para qué preocuparme? y ya, si pasa, en el momento, le pongo la solución a mi”*

*disgusto en ese momento puntual; y si es probable que suceda, tampoco me sirve anticipar” (Regla desde Si el improbable...)*

5.3 Hay ocasiones en que el cliente verbaliza una regla y el terapeuta la debate, pero hay que diferenciar cuando lo hace aportando una nueva regla o simplemente negando la verbalizada, en cuyo caso, no se clasificaría como una regla.

Ejemplo:

- *Cliente: “Es que todo lo llevo a lo personal”.*
- *Psicólogo: “No, no todo lo llevas a lo personal, hay cosas que no lo llevas a lo personal”. (No es regla)*

5.4 Si el terapeuta interrumpe un posible comienzo de regla, que como frase aislada está incompleta o carece de sentido, para volver a expresarla de una forma distinta, esta vez completa y con sentido, entonces consideraremos regla sólo la segunda frase.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “O sea, anticipar para agobiarte, o sea, anticipar pasivamente, no tiene sentido, pero anticipar activamente, sí”. (Es regla sólo la parte subrayada)*

5.5 Si se formula un concepto aislado, aunque se entienda por contexto lo que podría ser una regla, no es regla si no se formula completa.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Qué variables crees que afectan a la depresión?”.*
- *Cliente: “No sé, cuando no estás con personas con las que te lleves bien”.*
- *Psicólogo: “Afinidad...no. La que más es la inactividad”. (No es regla)*
- *Psicólogo: “Una variable que afecta a la depresión es la inactividad; la afinidad, no”. (Regla)*

## **6. Según el sentido de la verbalización**

6.1 Hay ocasiones en las que el terapeuta emite una verbalización que de forma literal estaría en contra los objetivos terapéuticos, pero que gracias al tono o al sentido de la frase (como sucede con verbalizaciones irónicas o con tono sarcástico), el sentido de la misma se vuelve el contrario, por tanto sí se trataría e una regla.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Hay un truco que es muy bueno para eso (para tener confianza en aprobar), que es no estudiar. No estudies nada, pero nada y la confianza vendrá solita”.*

## 7. Una o dos reglas

- 7.1.1 Cuando se utilizan nexos entre dos enunciados como “al revés, al contrario, etc.”, sólo se considerará el segundo enunciado como otra regla cuando esté expresado de forma completa, es decir, que pueda funcionar como regla de forma aislada.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Si se quiere convivir con una persona, habrá que dejar de pensar sólo en el propio beneficio; (Regla) por el contrario, si a alguien no le interesa convivir con otra persona, entonces el único criterio es velar por tu beneficio y eso también está bien”. (Regla)*

- 7.2 Cuando se utilizan nexos entre dos enunciados del tipo “porque, lo cual implica, por tanto, entonces, etc.”, se considerarán ambos enunciados como una sólo regla. Esto no incluye a los nexos disyuntivos como “pero, sin embargo, etc.”

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Si una persona ha recibido sólo reprimendas siempre que ayuda en casa, aprenderá a no ayudar; por tanto, si a esta persona la colocas en un contexto nuevo en el que se le exige que ayude, no le será fácil comenzar a ayudar”. (Regla, una sola)*

- 7.3 Cuando el terapeuta formula una relación entre dos eventos o conceptos y, en seguida, formula otra relación entre uno de los conceptos anteriores con otro nuevo, haciendo una especie de encadenamiento lógico, todo se clasificará como una regla.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “En vez de afrontarlo, tú lo que haces es anticipar los problemas que vendrán. Y esa anticipación hace que no puedas vivir la relación”.*

- 7.4 Cuando se formula una regla de tipo concepto, y en seguida, se reformula la regla con otro tipo de agente, aunque podría entenderse como una acotación o explicación de la primera, se clasificarán como dos reglas.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “La empatía es un concepto más general (Regla Concepto). Una persona empática es capaz de sentir lo mismo que el otro (Regla Indefinido).*

## IV. TIPOS DE REGLAS

### CRITERIOS GENERALES

- Tipo de agente: Dependiendo de la proximidad del actor de la contingencia con respecto al cliente, estos pueden ser (1) Personal, (2) Agente Concreto, (3) Agente Indefinido o (4) Concepto.
- Tipo de contexto: Dependiendo del grado de especificidad del entorno en el que se desenvuelva la contingencia, éste puede ser (1) General o (2) Particular.
- Clasificación de la contingencia. Los elementos descritos en la contingencia pueden ser (1) situación, (2) conducta y (3) consecuencia. Se requiere que se describan al menos, dos elementos; excepto cuando el tipo de contexto es general o en el caso de las regla de tipo Concepto, ya que el contexto en este tipo de verbalizaciones, por definición, será general.

### CRITERIOS ESPECÍFICOS

#### 1. Sobre el tipo de agente

Las reglas se pueden expresar de un modo directo, cuando el agente de la contingencia es el mismo cliente o de un modo indirecto, cuando el agente es cualquier otro, ya sea una persona en particular, un pronombre indefinido o un concepto.

##### 1.1 AGENTE PERSONAL

Cuando la regla es expresada de un modo directo, es decir, cuando el agente de la contingencia es el mismo cliente, el tipo de agente es *Personal*. Esto incluye las ocasiones en las que podría tratarse de un “tú impersonal”, siempre que no haya alguna referencia de generalidad.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Si quieres aprender a cocinar y ese día llegas cansada de trabajar, no elijes ese momento para comenzar”.*

1.1.1 Las reglas, cuyo agente de la contingencia sea “vosotros”, también serán clasificadas como agente *Personal*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Vuestro miedo a estar solos os ha llevado a controlar al otro”.*

1.1.2 Se considera un *agente Personal* cuando se utiliza la segunda persona del singular o del plural.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Tú vas aprendiendo habilidades porque sabes lo que vas a obtener de cada cosa que hagas”. (Agente Personal)*

1.1.3 Si utilizan elementos concretos de la vida del cliente, agente *Personal*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “El que hayas roto con tu pareja, no quiere decir que tengas inadversión, odio o distanciamiento hacia su familia, que ha sido tan, como dijiste, amable contigo”. (Agente Personal por utilizar referencias o datos sobre una persona real de la vida del cliente.*

## 1.2 AGENTE CONCRETO

Se trata de un *agente Concreto* cuando el agente de la contingencia es un individuo en particular o un colectivo (entendiendo “colectivo” como un grupo o conjunto de individuos agrupados por modalidades definidas explícitamente).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Los padres tampoco entienden que sus hijos salgan más tarde de las 10 y media”.*

## 1.3 AGENTE INDEFINIDO

El tipo de agente es *Indefinido* cuando el agente de la contingencia es un pronombre indefinido, como por ejemplo: “alguien”, “uno”, “cualquiera”, “alguno”, etc.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “si alguien quiere ser infiel, lo es; tiene veinte mil oportunidades”.*

1.3.1 En los casos en los que en la misma frase se utiliza alguna palabra indicativa de un sujeto indefinido o que indique generalidad, se clasificará como *agente Indefinido*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Se le puede decir a cualquier persona una mentira y no tiene porqué enterarse de tu mentira” (Agente Indefinido)*

1.3.2 Se considera un *agente Indefinido* cuando se utiliza la primera persona del singular o del plural (yo/nosotros).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Para afrontar la culpabilidad, yo debo ser responsable de mis actos”.*
- *Psicólogo: “Nosotros aprendemos cuando las situaciones emocionales que se generan son positivas o adecuadas”.*

1.3.3 Cuando el psicólogo utiliza, en una misma regla, como sujetos de la acción, tanto sujetos concretos como impersonales o indefinidos, se considera *agente Indefinido*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Si tu novio quisiera, si alguien quiere ser infiel, lo es”.*

1.3.4 Si se utilizan pronombres reflexivos que hacen alusión a un uso de la tercera persona gramatical, se considera *agente Indefinido*. Excepto cuando este tipo de pronombre se utilice como voz pasiva refleja, es decir una construcción refleja en sentido pasivo (como cuando se utiliza: se vende, por ejemplo).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Quien se esfuerce más tendrá mejores recursos para luchar”. (Agente Indefinido)*
- *Psicólogo: “El respeto se gana”. (Agente Concepto)*

## 1.4 AGENTE CONCEPTO

Se trata de un *Concepto* cuando el agente de la contingencia es un ente abstracto, como “felicidad”, “bien”, “gratitud”, “valor”, etc.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “El pasado no influye en lo que se es en este momento”.*

1.4.1 Cuando se utilizan sujetos como “todo” y “nada” o cuando el sujeto está ausente, el tipo de regla será *Concepto*. Pero cuando se utilice como sujeto “nadie” o “todos”, se clasificará como *Indefinido*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Todo es una cuestión de adaptación”. (Agente Concepto)*

- *Psicólogo: “Todos nos adaptamos con el tiempo”. (Agente Indefinido).*

1.4.2 Cuando se utiliza un concepto o un verbo en infinitivo (o un “eso” como contracción de un verbo en infinitivo) “eso” como contracción de un verbo en infinitivo, el tipo de agente es *Concepto*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Eso (huir de la situación) es el problema”. (Agente Concepto)*

1.4.3 Cuando se utiliza un concepto o un verbo en infinitivo (o un “eso” como contracción de un verbo en infinitivo), más una referencia a un agente Personal (“te”), el tipo de agente es *Personal*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Eso (huir de la situación) es lo que te causa un problema”. (Agente Personal)*

1.4.4 Cuando se utiliza un concepto o un verbo en infinitivo (o un “eso” como contracción de un verbo en infinitivo), más una referencia a un agente Concreto, el tipo de agente es *Concreto*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Psicólogo: “La separación bien hecha, no hace daño a un niño”. (Agente concreto)*

1.4.5 Cuando se utiliza un concepto o un verbo en infinitivo (o un “eso” como contracción de un verbo en infinitivo), más una referencia a un agente indefinido (“alguien”), el tipo de agente es *Indefinido*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Eso (huir de la situación) es lo que a una persona le causa un problema”. Agente Indefinido.*

1.5 Se debe tomar en cuenta el sujeto que realiza la acción, aunque algunos elementos situacionales puedan confundirse como sujetos de la acción.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Problemas como ese (de no gustarle lo que le mandan a hacer como trabajador) tendrás miles, porque en una gran empresa, dónde hay miles de cabezas, es un mundo lleno de conflictos”. (Agente Personal porque el que realiza la conducta es el cliente, mientras que la empresa sería un elemento situacional que afecta a la acción)*

## 2. Sobre el tipo de contexto

Cualquier tipo de regla puede tener un contexto *Particular* o *General*; excepto las reglas cuyo tipo de agente es *Concepto*. En estos casos, el tipo de contexto *no es pertinente*, ya que al tratarse de una relación entre conceptos, se trata de una regla que va más allá de cualquier contexto.

### 2.1 CONTEXTO PARTICULAR

Consideramos un contexto *particular* cuando la acción se desarrolla en un entorno específico. Esto significa que el psicólogo no plantea una regla en una situación particular para que se aplique sólo a ese caso, sino para que se entienda la relación que es aplicable a otras situaciones.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Hay gente que como es viernes, deja pasar el reloj: me entretengo y no importa”.*

2.1.1 Un contexto será *Particular* cuando se concreten una o más morfologías de un mismo contexto (lugar, tiempo, lugar concreto y otros elementos del ambiente). Esto no debe confundirse con nombrar diferentes conductas.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo que no es adaptativo es que te tires un montón de días buscando la atención de todos, sin dejar la cama, llorando”. (Regla General porque no especifica un día en especial)*
- *Psicólogo: “Lo que no es adaptativo es que te tires todo el día de tu cumpleaños buscando la atención de todos, sin dejar la cama, llorando”. (Regla Particular porque el contexto especifica un día al año, el cumpleaños)*

2.1.2 Sólo será regla *Particular* si se señala alguna morfología del contexto, lo cual no incluye una modalidad del sujeto de la acción.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “A ti te puede muchísimo empezar a aprender una cosa, pero si estás cansada, no eliges ese momento para empezar”. (Regla General porque sólo especifica una modalidad del sujeto de la acción)*
- *Psicólogo: “A ti te puede muchísimo empezar a aprender una cosa, pero si llegas cansada de trabajar, no eliges ese momento para empezar”. (Regla Particular porque se especifica un lugar específico, el trabajo)*

2.1.2 Tampoco será una regla *Particular*, la verbalización que mencione la intervención de un sujeto concreto.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Cualquier cosa que tú digas sobre lo que él haría o incluso lo que diga él sobre lo que él haría, no tiene manera de comprobarse”. (Regla General porque sólo especifica la intervención de un sujeto concreto, el novio de la cliente)*

## 2.2 CONTEXTO GENERAL

Consideramos un contexto *General* cuando, por el contrario, el entorno en el que se desarrolla la conducta es impreciso.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “No se tiene seguro a alguien cuanto más control se tiene”.*

2.2.1 El que la frase haga alusión a la similitud del caso del cliente con el caso que se expone en la regla, no hace que la regla sea *Particular*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “La gente, cuando lleva un tema como el tuyo (de cuidar en exceso su peso), durante años, se produce una distorsión de la percepción”. (Regla General)*