

**Análisis funcional de la interacción verbal
entre terapeuta y cliente con diagnóstico de Trastorno Mental Grave**

Jesús Alonso Vega

Tesis Doctoral

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Facultad de Psicología

Directora

María Xesús Froxán Parga



Facultad
de Psicología

Madrid, 2021

Este trabajo está bajo licencia "Atribución - No Comercial- Sin Derivadas"



*A mis padres
por estar siempre ahí.*

Agradecimientos

La cantidad de reconocimiento que recibe una persona es inversamente proporcional a la visibilidad de las causas de su comportamiento (Skinner, 1971). Cuanto más se conoce sobre las variables que mantienen un comportamiento, menos mérito tiene el individuo y más reconocimiento deberían recibir las personas que le rodean. En este apartado me gustaría reconocer el papel fundamental de las personas que han hecho posible este trabajo.

En primer lugar, me gustaría agradecer a María Xesús su dedicación infinita. Me ha servido de guía durante todo momento, arrojando luz sobre cualquier tipo de problema. Nunca olvidaré la generosidad y confianza con la que me aceptó en su grupo de investigación. Es un ejemplo al que seguir. Siempre estaré en deuda con ella.

Este trabajo es producto del esfuerzo colectivo de todas las personas que colaboran y han colaborado en el grupo ACOVEO. Ricardo ha cuidado de mí en todas las etapas en el grupo de investigación. Es una persona fundamental dentro del grupo, todos le admiramos. Creo que este trabajo no habría sido el mismo sin las discusiones teóricas con Miguel. Gracias a él he podido superar momentos duros durante el doctorado, me ha enseñado el valor de la reflexión y del respeto hacia otras perspectivas en el estudio del lenguaje. Me llevo a un gran compañero y, sobre todo, un amigo. Caru, gracias por enseñarme diferentes formas de cuidar. Este mundo necesita más color, más personas como tú. En especial, tengo que reconocer el papel fundamental de los trabajos de Alejandra. Sus trabajos son antecedentes directos de esta tesis y gracias a ellos este trabajo fue más sencillo. Gladis, Víctor, Natalia, Isa, Carolina, Concha, Elena, Daniel y Tommy, gracias por crear esa comunidad verbal capaz de generar trabajos de calidad.

La colaboración con las personas del Grupo 5 ha sido fundamental para el desarrollo de este trabajo. En concreto, sin el trabajo de Antonio y Tamara no se podría haber realizado. Es una suerte poder contar con profesionales como ellos.

También me gustaría agradecer el papel de todas las personas con las que he compartido el Laboratorio 6. Miriam y Cristina siempre han sido una cara amable dentro de la facultad. Rebeca, gracias por ser un ejemplo sobre cómo afrontar los últimos tramos de una tesis doctoral. Por otro lado, el personal de la biblioteca ha tenido un papel fundamental en mis primeros momentos durante el doctorado. En

concreto, Carmen ha sido un ejemplo sobre cómo dirigir una biblioteca y Noelia me ha enseñado todas las funciones que una biblioteca puede ofrecer. Dentro de la facultad también he contado con la ayuda de Andrea que con toda la paciencia del mundo me ha ayudado a resolver problemas administrativos. Ha sido una suerte volver a coincidir con ella tras realizar juntos la carrera en Oviedo.

Por otro lado, he podido contar con el consejo de Javier Virués sobre los diferentes sitios en los cuales poder hacer una estancia de investigación. También agradezco que haya confiado en mí para la realización de proyectos en los cuales ha sido un privilegio poder colaborar.

Me gustaría agradecer a Edu Polín su apoyo laboral cuando más lo necesitaba. En mi paso por la Universidad Europea de Madrid tuve la suerte de vivir el compañerismo dentro de la academia. Oscar, gracias por darme esa oportunidad y ayudarme en todo lo posible.

I would like to give special thanks to Erik Arntzen to allow me to visit his lab. I could not imagine a better lab to be part of. He is an example of rigor, empathy, and kindness. The behavior analysis community is lucky to have people like him. Vanessa thanks for being a friendly face at OsloMet, your preparation for your thesis defense still impresses me. Christoffer thanks for being an example of hard work and inviting me to the Philosophy of Behavior Analysis Journal Club, that kind of meetings are the engine of new ideas. My experience at OsloMet would have been different without the lunch time with Marco. Thanks for being so kind with me.

Tengo la suerte de tener grandes amigos como David, Mario, Carlos, Susi, Oscar, Mon, Jimmy, Pepe, Samuel, Jorge, Miguel, Diego y Emilio. Sin ellos creo que hubiera perdido la cabeza en estos últimos cuatro años. Tengo la sensación de que esta tesis nos debe horas de planes y calecho.

Clara es un punto de apoyo fundamental en mi vida. Es una compañera en todos los sentidos. Ella me ha servido de ejemplo laboral, vital y emocional. Sin duda, este trabajo no sería igual sin ella. Sin duda, yo no sería igual sin ella. Gracias por estar siempre cerca de mí y sacarme una sonrisa.

A mis abuelos Ángel y Concha, siempre os he sentido apoyándome. Sé que siempre habéis estado cuidando de mí. Mi abuela Rosa es un ejemplo de vitalidad, en ese sentido me gustaría parecerme más a ella.

Esta tesis está dedicada a mis padres. Ellos me han apoyado de la mejor forma posible en todo lo que he querido hacer. Siempre me han querido de forma incondicional. Os quiero mucho.

Contenido

Resumen	11
Abstract	13
Introducción	15
1. Perspectiva analítico funcional de los trastornos mentales graves	19
1.1 <i>El modelo biomédico y los trastornos mentales graves</i>	21
1.1.1 Esquizofrenia y trastornos relacionados	25
1.1.2 Trastorno bipolar y trastornos relacionados	26
1.1.3 Depresión mayor y trastornos relacionados	26
1.1.4 Trastorno límite de personalidad	27
1.2 <i>Problemas conceptuales y empíricos del modelo biomédico de los trastornos mentales graves</i>	28
1.3 <i>Perspectiva analítico funcional de los trastornos mentales graves</i>	33
1.4 <i>Conclusión</i>	36
2. Intervenciones psicológicas eficaces para los trastornos mentales graves: Análisis de la investigación clínica y propuestas de cambio	41
2.1 <i>Intervenciones psicológicas eficaces para los trastornos mentales graves.</i>	42
2.2.1 Problemas en los sistemas de validación de las intervenciones psicológicas eficaces.	46
2.2.2 Problemas de los estudios primarios.	49
2.3 <i>Respuesta a los problemas de la investigación en psicología clínica actual.</i>	52
2.4 <i>Puesta en práctica de las recomendaciones</i>	56
2.4.1 Análisis de Froján-Parga et al. (2019).	56
2.5 <i>Conclusiones: Práctica Psicológica Basada en Principios, Procesos y Resultados.</i>	57
3. Análisis Clínico de la Conducta: principios y procesos de control verbal del comportamiento	61
3.1 <i>Principales perspectivas en la investigación de procesos</i>	62
3.1.1 Investigación en el análisis de los factores específicos	63
3.1.2 Investigación en el análisis de los factores inespecíficos	65
3.2 <i>Problemas en la investigación centrada en factores específicos y factores inespecíficos</i>	68
3.3 <i>Análisis Clínico de la Conducta</i>	70
3.3.1 Definición y desarrollo del Análisis Clínico de la Conducta	71
3.3.2 Estado actual del Análisis Clínico de la Conducta	73
3.4 <i>Principios, procesos y procedimientos de control verbal de la conducta.</i>	75
3.4.1 Transferencia de funciones	77
3.4.2 Control estimular múltiple de la conducta verbal	78
3.4.3 Formación de clases de equivalencia.	80
3.4.4 Control contextual en las clases de equivalencia.	81
3.4.5 Operantes Verbales Bidireccionales	83

3.5 <i>Conclusión</i>	84
4. Diseño, depuración y validación de un sistema de registro funcional de la conducta del terapeuta en la interacción verbal en la intervención psicológica	87
4.1 <i>Método</i>	92
4.1.1 Participantes	92
4.1.2 Variables	93
4.1.3 Materiales	94
4.1.4 Procedimiento	98
4.1.5 Análisis de datos	101
4.2 <i>Resultados</i>	103
4.3 <i>Discusión</i>	113
5. Análisis y comparación de la interacción terapéutica con personas diagnosticadas de trastorno mental grave	119
5.1 <i>Método</i>	121
5.1.1 Participantes	121
5.1.2 Variables	122
5.1.3 Materiales	123
5.1.4 Diseño	123
5.1.5 Procedimiento	124
5.1.6 Análisis de datos	125
5.2 <i>Resultados</i>	128
5.3 <i>Discusión</i>	143
6. Análisis de la conducta verbal de un psicólogo con formación en análisis de conducta en un caso de enfermedad mental grave	153
6.1 <i>Método</i>	155
6.1.1 Participantes	155
6.1.2 Variables	156
6.1.3 Materiales	156
6.1.4 Diseño	157
6.1.5 Procedimiento	157
6.1.6 Análisis de datos	158
6.2 <i>Resultados</i>	160
6.3 <i>Discusión</i>	172
Conclusiones y trabajos futuros	179
Anexo 1: Manual de Observación del Sistema ACOVEO	188
Anexo 2: Material suplementario del Capítulo 4	206
Referencias	211

Resumen

Las intervenciones psicológicas son eficaces para resolver los problemas de las personas diagnosticadas de trastorno mental grave (TMG). Las evidencias empíricas para determinar la eficacia de los tratamientos se han generado en el movimiento de la psicología basada en la evidencia. Gracias a este movimiento varios tratamientos han demostrado eficacia para resolver los problemas psicológicos relacionados con diagnósticos de TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno límite de la personalidad). Si bien existe un acuerdo sobre la eficacia de varios tratamientos para estos problemas, no se ha llegado a un consenso sobre los principios y procesos psicológicos básicos que explican la eficacia de los tratamientos. Saber que algo funciona, no implica saber por qué funciona. Por tanto, en este trabajo se defiende la utilidad de una investigación de procesos en los tratamientos psicológicos desde una perspectiva analítico funcional del comportamiento humano. En concreto, como en el Análisis clínico de la Conducta, se destaca el papel del estudio de los procesos de control verbal del comportamiento.

El objetivo de este trabajo es analizar la interacción verbal entre terapeuta y cliente diagnosticado de trastorno mental grave. Para ello se ha diseñado, depurado y validado un sistema de observación de la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente. Este sistema está fundamentado en una perspectiva analítico funcional de la conducta verbal por lo que todas sus categorías están basadas en una descripción funcional. Este sistema facilita el análisis de los procesos de aprendizaje que se ponen en marcha en la interacción verbal en sesión. De hecho, en este trabajo se analiza la distribución de las diferentes funciones de la conducta verbal de varios terapeutas a lo largo de diferentes casos (6 terapeutas en 12 casos diferentes con 76 sesiones en total). En concreto, se describe la actuación de los terapeutas de dos grupos (casos con TMG y sin TMG) en diferentes momentos temporales (36 sesiones de evaluación y 40 sesiones de tratamiento). También, se realiza un análisis secuencial de la interacción verbal y se analizan los patrones de actuación que se relacionan con un mayor tamaño del efecto de la intervención psicológica en el comportamiento del cliente. Por último, se analiza la actuación de un terapeuta con formación en análisis de conducta en el tratamiento psicológico de una persona diagnosticada de TMG (16 sesiones en total). En este caso también se realiza un análisis descriptivo y secuencial de la actuación del terapeuta y se relaciona su actuación con el cambio de comportamiento del cliente. En general estos trabajos nos han permitido estudiar los procesos de control verbal del comportamiento que operan en los tratamientos psicológicos y discutir el papel de la conducta verbal del terapeuta en la eficacia de los tratamientos psicológicos.

Abstract

Psychological interventions are effective in the treatment of people diagnosed with severe mental disorder (SMI). The empirical evidence to determine the efficacy of treatments has been generated in the evidence-based practice in psychology movement. Thanks to this movement, several treatments have been shown to be effective in solving the psychological problems related to SMI diagnoses (schizophrenia, bipolar disorder, major depression, and borderline personality disorder). While there is agreement on the efficacy of various treatments for these problems, no consensus has been reached on the basic psychological principles and processes that explain the efficacy of the treatments. Knowing that something works does not imply knowing why it works. In this context, this work endorses the usefulness of a process research with a functional-analytical perspective of human behavior. Specifically, as in Clinical Behavior Analysis, this work shares the interest in the study of the processes involved in the verbal control of behavior.

The purpose of this work is to analyze the verbal interaction between therapists and clients diagnosed with severe mental disorder. For this, an observational system for analyzing the verbal interaction between the therapist and the client has been designed, refined, and validated. This system is based on a functional analytical perspective of verbal behavior, so all its categories are based on a functional description. This system facilitates the analysis of the learning processes that are set in motion in the verbal interaction during clinical session. In fact, this work analyzes the allocation of the different functions of verbal behavior of various therapists throughout different cases (6 therapists in 12 different cases with 76 sessions in total). Specifically, the performance of the therapists of two groups (cases with SMI and without SMI) at different times (36 evaluation sessions and 40 treatment sessions) is described. Also, a sequential analysis of the verbal interaction was carried out and the therapist's performance patterns that are related to a greater size of the effect of the psychological intervention on the client's behavior were analyzed. To conclude, we analyze the performance of a therapist with training in behavior analysis in the psychological treatment of a person diagnosed with SMI (16 sessions in total). In this case, a descriptive and sequential analysis of the therapist's performance is also carried out and her performance is related to the change in the client's behavior. In general, these studies have allowed us to study the processes of verbal control of behavior that operate during psychological treatments. Also, the role of the therapist's verbal behavior in the efficacy of psychological treatments is discussed.

Introducción

Las intervenciones psicológicas son útiles para tratar los problemas de las personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave (TMG) (i.e. esquizofrenia y problemas psicóticos relacionados, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno límite de la personalidad). Desde el movimiento de *las prácticas psicológicas basadas en la evidencia* se han generado un conjunto de trabajos que han permitido determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para estos problemas. Sin embargo, en psicología clínica no existe un consenso sobre los principios y procesos psicológicos básicos que determinan la eficacia de los tratamientos psicológicos. La psicología clínica ha podido determinar qué tratamientos funcionan para diferentes problemas psicológicos, pero no se ha determinado por qué o cómo funcionan estos tratamientos.

La investigación clínica centrada en el estudio de los principios y procesos psicológicos básicos que determinan el funcionamiento de los tratamientos psicológicos se denomina *investigación de procesos*. Este tipo de investigación tiene como objetivo general saber más sobre cómo funcionan las terapias psicológicas, para de esta forma poder diseñar mejores tratamientos psicológicos (i.e. más eficaces, efectivos y eficientes). Conocer cómo operan los procesos psicológicos básicos para que la actuación del terapeuta ayude a las personas con problemas psicológicos es útil, por ejemplo, para el entrenamiento de nuevos terapeutas, para diseñar intervenciones más efectivas o para detectar errores en la actuación del terapeuta, entre otros. En los tratamientos psicológicos con personas verbalmente competentes los principios y procesos psicológicos básicos relacionados con la conducta verbal son necesarios para poder explicar el cambio conductual que se produce gracias a los tratamientos psicológicos. Por lo tanto, este trabajo está centrado fundamentalmente en analizar cómo lo que dice el terapeuta afecta al comportamiento del cliente fuera y dentro de sesión.

El objetivo general de este trabajo es analizar la interacción verbal entre terapeuta y cliente diagnosticado de trastorno mental grave. De esta forma, se podría conocer más sobre cuáles son los procesos de control verbal de la conducta que determinan la eficacia de los tratamientos psicológicos. Para conseguir este objetivo se han realizado varios trabajos que corresponden con cada uno de los capítulos de esta tesis doctoral. Los tres primeros capítulos conforman una parte teórica introductoria general y una justificación teórica a los tres trabajos empíricos siguientes.

Todos los trabajos están elaborados desde una perspectiva analítico funcional del estudio del comportamiento. Esta perspectiva tiene sus raíces conceptuales en el conductismo radical y sus desarrollos conceptuales posteriores (Barnes-Holmes, 2000; Biglan & Hayes, 2015; Chiesa, 1994; Moore, 2013, 2015; Skinner, 1974) que conlleva el estudio científico del comportamiento humano en el que se asume una perspectiva determinista, funcional, pragmática y vinculada con la teoría de la selección natural. En los tres capítulos teóricos se defiende la utilidad de esta perspectiva para resolver varios problemas conceptuales y metodológicos propios de la psicología clínica actual.

En concreto, en el Capítulo 1 se discute sobre la conveniencia de abandonar la conceptualización biomédica de los trastornos mentales graves. Este modelo está organizado en torno al posible origen fisiológico de estos problemas psicológicos. Sin embargo, desde esta perspectiva se puede incurrir en errores conceptuales (p.ej. reduccionismo biologicista) y prácticos (p.ej. falacia de simetría del tratamiento). En este capítulo, se exponen las principales características del modelo biomédico, se discute sobre los principales problemas teóricos y prácticos en la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales graves y se presentan las principales aportaciones de la perspectiva analítico funcional a estos problemas. En general, este capítulo está centrado en el análisis filosófico de las características del modelo biomédico como la perspectiva estructural del estudio del comportamiento humano y se defiende la conveniencia de una perspectiva funcional, propia del Análisis de Conducta, para la conceptualización y tratamiento de estos problemas.

El Capítulo 2 está dedicado a exponer el funcionamiento de los sistemas de validación empírica de los tratamientos psicológicos. Estos sistemas sirven para determinar qué intervenciones son útiles para el tratamiento de determinados problemas psicológicos (p.ej. trastorno mental grave). Pese al avance que los sistemas de validación han supuesto para la psicología clínica, estos han sido objeto de análisis que señalan los principales problemas conceptuales y metodológicos (p.ej. investigación centrada en comparaciones grupales, basada en sistemas diagnósticos, etc.) y establecen recomendaciones para el desarrollo de estos sistemas. Por lo tanto, en este capítulo se reúnen estas críticas y se elabora, de acuerdo con las soluciones propuestas, una evolución de estos sistemas centrada en el estudio individual de los casos y basada en una teoría científica del comportamiento humano propia de una perspectiva analítico funcional.

Como alternativa a la investigación derivada de los sistemas de validación de tratamientos psicológicos normalmente conocida como *investigación de resultados*, se han desarrollado investigaciones

centradas en analizar cómo funcionan las terapias psicológicas (i.e. *investigación de procesos*). En el capítulo 3, se exponen los dos paradigmas principales en la investigación de procesos y se discuten los principales problemas de este tipo de investigación (p.ej. diversidad teórica que incluye explicaciones pseudocientíficas del comportamiento humano). También, se presenta el Análisis Clínico de la Conducta como el área aplicada del Análisis de Conducta especializada en la investigación y empleo de principios de aprendizaje en el tratamiento de los problemas psicológicos. Por último, se exponen los principios y procesos de control verbal de la conducta que pueden explicar los efectos de la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente en el desarrollo del tratamiento.

Para el estudio de la interacción verbal entre terapeuta y cliente diagnosticado de trastorno mental grave es necesario un sistema de registro. En el Capítulo 4, se exponen los principales sistemas de clasificación de la conducta verbal en terapia y se justifica la creación de un sistema completamente funcional. Este trabajo sigue la metodología de los trabajos previos en el grupo de investigación para el análisis de la conducta verbal en contextos clínicos con metodología observacional (ACOVEO), para el diseño, depuración y validación de un sistema basado en descripciones funcionales de la conducta verbal del terapeuta y el cliente. Este sistema será utilizado en el resto de los trabajos empíricos.

El capítulo 5 tiene como objetivo analizar la interacción clínica en el tratamiento psicológico con personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Para ello, se compara la actuación de los terapeutas en casos con personas diagnosticadas de TMG y terapeutas en casos con personas no diagnosticadas de TMG. Este estudio ha permitido describir la distribución de las principales funciones de la conducta verbal del terapeuta a lo largo de las sesiones y en diferentes momentos temporales (p.ej. evaluación y tratamientos), comparar la actuación general de los terapeutas pertenecientes a ambos grupos y estudiar los patrones de interacción que se relacionan con un cambio beneficioso en el comportamiento del cliente. Para ello se han realizado análisis visuales de la distribución de las funciones, análisis secuenciales, reconocimiento de patrones de interacción y síntesis cuantitativas de los resultados de los casos (i.e. meta-análisis de casos con diseño intra-sujeto).

En el capítulo 6, se presenta el último estudio empírico, dedicado a analizar la interacción clínica en el tratamiento psicológico con una persona diagnosticada de trastorno mental grave por parte de un terapeuta con formación específica en técnicas de modificación de conducta. Este trabajo parte de los resultados del capítulo anterior e intenta aportar datos sobre los efectos de la formación en análisis de

conducta en el comportamiento del terapeuta. También se describe la distribución de las principales funciones de la conducta del terapeuta, se realiza un análisis secuencial de la interacción verbal y se realiza un análisis de patrones de interacción a lo largo de las sesiones de tratamiento. Gracias a estos análisis se explora la relación entre estos patrones de interacción y el efecto en el comportamiento del cliente.

Por último, en las conclusiones generales se exponen las principales implicaciones de los resultados de estos estudios, se discuten las principales limitaciones y se examinan los estudios teóricos y trabajos empíricos que se pueden derivar a partir de los datos generados en esta tesis doctoral.

1

Perspectiva analítico funcional de los trastornos mentales graves

Los problemas psicológicos que conllevan un deterioro funcional grave que interfiere en una o varias actividades principales de la vida y dificulta las relaciones personales con otros individuos se denominan *Trastornos Mentales Graves*¹ (TMG). Este término agrupa diferentes diagnósticos como la esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno límite de la personalidad (NIMH, 2018d; WHO, 2018d). Se estima que más de 300 millones de personas en el mundo están diagnosticadas de alguno de estos trastornos y necesitan ayuda profesional para resolver sus problemas. El tratamiento de los trastornos mentales graves varía en función de la conceptualización de estos problemas, en la actualidad el modelo biomédico de la salud mental es el marco conceptual en el que la mayoría de los países organizan los sistemas de atención sanitaria. Sin embargo, a lo largo de la historia el modelo biomédico de tratamiento de los trastornos mentales graves ha sido criticado desde diversas perspectivas teóricas en el estudio científico del comportamiento humano.

Debido a influencia del modelo biomédico en el tratamiento de los trastornos mentales graves es relevante analizar estas críticas que, a nivel teórico y empírico, señalan determinados problemas en la forma de entender los trastornos mentales graves y en la forma de ayudar a solucionar los problemas psicológicos de estas personas. El análisis de los problemas teóricos implica el estudio de las raíces conceptuales de los

¹ El término *enfermedad mental grave* también es utilizado para denominar este tipo de problemas. En general, los términos *trastorno mental grave* y *enfermedad mental grave* son sinónimos. El término *enfermedad mental grave* se puede leer con más frecuencia en trabajos relacionados con la psiquiatría. En cambio, el término *trastorno mental grave* tiene más aceptación en psicología.

paradigmas científicos, que tienen como objetivo analizar las cuestiones ontológicas, epistemológicas, axiológicas y metodológicas de una determinada forma de proceder (Hughes, 2018; Ponterotto, 2005). La cuestión ontológica, tradicionalmente, se refiere a la reflexión sobre las entidades o los fenómenos en sí. La respuesta a esta pregunta influirá en cómo estudiemos tal fenómeno; por ejemplo, no se analizarán igual los síntomas de un trastorno mental si se asume que está originada por un problema fisiológico que si tiene un origen espiritual. Por otro lado, la cuestión epistemológica tiene relación con la posibilidad o imposibilidad de conocer un fenómeno y cómo se puede acceder a este conocimiento. Dependiendo de cómo se resuelva esta cuestión se dará valor a un determinado tipo de investigaciones y se tenderá a ignorar otras. Por ejemplo, si en un paradigma científico se asume la imposibilidad de conocer a nivel individual las causas de un problema psicológico es probable que los diseños intra-sujeto no sean considerados los diseños de elección en ese tipo de investigación. A su vez, la cuestión axiológica se refiere a la reflexión sobre los valores y juicios. Por último, la cuestión metodológica hace referencia a los instrumentos que en el marco de ese paradigma se supone que el científico debe de utilizar para analizar un determinado fenómeno.

Cualquier tipo de comportamiento humano está expuesto a ser sujeto de análisis filosófico y las diferentes formas de hacer ciencia no son una excepción a esta premisa. No hay formas de hacer ciencia libres de filosofía, solamente hay científicos que asumen este hecho o científicos que lo ignoran (Dennett, 1996). De hecho, en los últimos años diversos autores señalan que el desarrollo científico necesita de una atención especial al rol de la teoría en los diferentes paradigmas (Stewart & Plotkin, 2021). Por lo tanto, el análisis filosófico nos permite conocer las implicaciones prácticas de las múltiples perspectivas filosóficas a la hora de abordar un tema de estudio, ya que influyen en la naturaleza y el propósito de la ciencia, el diseño experimental y la interpretación de los datos (Hughes, 2018). En especial, de entre todas las actividades científicas, el estudio de la conducta necesita de una reflexión filosófica previa (Pérez, 2018). En concreto, la compleja naturaleza de los problemas psicológicos de las personas y las diferentes formas en las que éstos se pueden dar, hace que el análisis filosófico crítico sea necesario en el estudio de los trastornos mentales graves (Spitzer & Maher, 1990). Por ello, es conveniente hacer explícita la filosofía que rige cualquier estudio de los problemas psicológicos de las personas (Pérez, 2012). En este contexto es importante reconocer que en el estudio de los trastornos mentales graves no se ha llegado a un consenso sobre sus fundamentos conceptuales. Si bien, el modelo biomédico es el paradigma con mayor aceptación, hay diferentes paradigmas, que conviven en la actualidad, desde los que se intenta dar respuesta a los mismos problemas.

Por lo tanto, el objetivo de este capítulo es realizar una revisión crítica del modelo biomédico de los trastornos mentales graves. Para ello, el primer apartado está dedicado a la presentación del modelo biomédico. En este apartado se presentarán las principales definiciones de los trastornos mentales graves y se analizarán las principales asunciones del modelo biomédico para estos problemas. En el segundo apartado se exponen las críticas al modelo biomédico en el estudio de los problemas psicológicos, críticas que abarcan los problemas teóricos y empíricos presentados por este modelo. Por último, se discutirá sobre la conveniencia de la perspectiva analítico funcional para el estudio de los trastornos mentales graves. En este apartado se presentan las principales asunciones de una perspectiva funcional del estudio del comportamiento humano, las implicaciones en la conceptualización de los trastornos mentales graves y se analizarán los datos empíricos aportados por esta perspectiva en el tratamiento de estos problemas.

1.1 El modelo biomédico y los trastornos mentales graves

Acuñaado por Laing, el término *modelo médico* o *modelo biomédico* se comienza a utilizar en los años 70 en el estudio psiquiátrico de los trastornos mentales. Esta perspectiva en el estudio de la conducta humana está especialmente influenciada por las teorías sobre las bases celulares de las enfermedades (Sarto-Jackson, 2018). En la actualidad es la perspectiva con más influencia en la investigación y práctica clínica; en especial, tiene relevancia para entender el origen de las clasificaciones diagnósticas.

La característica esencial del modelo biomédico es su conceptualización de la enfermedad. Desde esta perspectiva, las enfermedades están originadas por una desviación significativa del funcionamiento fisiológico normal. Estos desórdenes tienen consecuencias indeseables para el individuo afectado. Los problemas del mal funcionamiento a nivel fisiológico se manifiestan externamente en forma de signos detectables. Éstos se consideran indicadores de la anormalidad fisiológica subyacente y por lo tanto son tomados como indicadores objetivos de los desórdenes que representan (Sarto-Jackson, 2018). De esta forma, en el modelo biomédico, también se conceptualiza a los trastornos mentales graves. Autores influyentes dentro de la filosofía de la biomedicina como Boorse (1977) han defendido que los problemas mentales no son más que una disfunción biológica. Por lo cual, los problemas conductuales que presentan los pacientes son los síntomas de desórdenes en el funcionamiento de los procesos fisiológicos subyacentes. A su vez, esta concepción fisiológica de enfermedad provee un marco conceptual en el cual se desarrolla la investigación y guía la práctica terapéutica. La investigación biomédica en los trastornos mentales está, por lo tanto, dedicada a encontrar las bases fisiológicas de los signos conductuales que presentan los pacientes.

Por otro lado, las intervenciones estarán centradas en corregir estos desordenes fisiológicos (Sarto-Jackson, 2018). Por ejemplo, siguiendo los fundamentos del modelo biomédico, se han realizado gran cantidad de investigaciones fisiológicas, biológicas y genéticas con el objetivo de determinar cuáles son las causas de los trastornos mentales graves. Realizar una revisión de los modelos fisiológicos de los diferentes trastornos mentales graves está lejos del objetivo de este capítulo. No obstante, debido al gran impacto que ha tenido en la perspectiva biomédica de los trastornos mentales graves, se expondrán brevemente los fundamentos el modelo diátesis-estrés en la esquizofrenia.

Pese a que el modelo biomédico tiene sus inicios en los años 70, hasta finales de los años 90 no se propusieron unas bases fisiológicas específicas para los trastornos mentales graves (Pruessner et al., 2017). En 1997, Walker y Diforio propusieron el modelo diátesis-estrés para la esquizofrenia, con este modelo se propone que un mal funcionamiento en el eje Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal (HHA) está relacionado con el inicio y el empeoramiento de los síntomas psicóticos relacionados con la esquizofrenia (Walker & Diforio, 1997). En concreto, este modelo propone un esquema básico, similar al propuesto por la psicología cognitiva, que se compone de tres factores: factores externos, mecanismos neurales y resultado conductual (Walker, Mittal, & Tessner, 2008). Los factores externos estarían compuestos por las complicaciones prenatales y perinatales y por el estrés psicológico. Si bien es cierto que las primeras formulaciones del modelo eran relativamente restrictivas con la conceptualización de estrés, las nuevas modificaciones del modelo son más amplias, definiendo como estresores psicológicos a las experiencias que elicitán una respuesta biológica que afecta al cerebro o a otras funciones corporales, indicando de esta forma que han sido registradas por el sistema nervioso central (Walker et al., 2008). La predisposición biológica junto con la interacción del organismo a estos factores externos pondría en marcha una cascada de reacciones fisiológicas que dan como resultado los problemas psicóticos presentes en las personas con trastorno mental grave. Estos procesos fisiológicos están compuestos por una interacción entre la función hipocampal, la activación del sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal, relacionado con la liberación de cortisol; y la activación del sistema dopaminérgico subcortical (Downar & Kapur, 2008; Kapur, 2003; Kapur, Mizrahi, & Li, 2005; Walker et al., 2008). La descripción de los mecanismos neurales que fundamentan este modelo ha estado en la agenda de la investigación biomédica desde prácticamente 1997 hasta la actualidad. Las implicaciones de este modelo se pueden encontrar las diversas formas de clasificación de los trastornos mentales, en la investigación genética o biomolecular y en los diversos desarrollos de los psicofármacos basados en el rol de la dopamina como principal neurotransmisor del sistema hipotalámico-hipofisario-

adrenal. Además, este modelo ha servido de sustrato biológico de los diferentes sistemas mentales descritos desde la psicología cognitiva.

Por lo tanto, ontológicamente el modelo biomédico reconoce a los trastornos mentales graves como desordenes fisiológicos que se dan en el funcionamiento neural de los organismos. Por otro lado, el tratamiento los trastornos pasa por descubrir las bases fisiológicas de los problemas conductuales. Para ello, con el objetivo de llegar a conocer estas bases fisiológicas los diferentes problemas conductuales se han agrupado en los denominados síndromes (Sarto-Jackson, 2018). Las clasificaciones modernas de los trastornos mentales están firmemente enraizadas en el modelo biomédico (Steven C. Hayes & Hofmann, 2018b). La relación entre las clasificaciones de los trastornos mentales y el modelo biomédico se encuentra en el inicio de la medicina. La nosología es la práctica científica que consiste en crear un sistema de clasificación para los trastornos. La nosología está presente en la medicina desde los tiempos de Hipócrates. En el siglo XVIII, en el que las prácticas de clasificación en las ciencias naturales llegaron a su edad de oro con los trabajos de Linneo en botánica y Lavoisier en la química, se puede encontrar la primera nosología psicopatológica por parte de Sauvages y Cullen, que propusieron utilizar los mecanismos etiopatogénicos para clasificar los trastornos mentales (Lemos-Giraldez, 2010). Los posteriores desarrollos de las clasificaciones propuestas por autores como Wernicke, Freud, Kraepelin o Schneider, aunque con evidentes diferencias entre sí, han heredado un enfoque estructuralista. Pese a que la tradición psicodinámica sitúe el origen de los problemas psicológicos en conflictos internos dentro el subconsciente de la persona y que desde la tradición biomédica se sitúe el origen de los trastornos en problemas fisiológicos, ambas apelan a estructuras subyacentes que originan los diferentes trastornos mentales graves.

Como resultado de los avances teóricos y prácticos, en la actualidad contamos con las dos clasificaciones de trastornos mentales: el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) desarrollada por la *American Psychiatric Association* (2013) y la *International Classification of Diseases* (ICD-11) creada por la *Organización Mundial de la Salud* (2018). Ambas comparten una perspectiva Kraepeliniana, desde la cual cabría la posibilidad de utilizar criterios clasificatorios basados en la relación entre los síntomas y los mecanismos biológicos subyacentes (Lemos-Giraldez, 2010). Por lo tanto, estas clasificaciones tienen como objetivo agrupar los diversos problemas conductuales observables en síndromes y trastornos. La definición oficial de trastorno mental es la siguiente: “un síndrome caracterizado por un problema clínicamente significativo en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen el funcionamiento mental” (APA, 2013). Estas clasificaciones tienen varias utilidades prácticas. Por ejemplo,

proveen un lenguaje común útil para los profesionales a la hora de describir a los individuos con problemas psicológicos, sirven para agrupar a las personas con problemas similares facilita la identificación de patrones comunes y aislar las características que les diferencian de otros grupos y son útiles para agrupar síntomas en un mismo síndrome facilita el descubrimiento de las causas fisiológicas de los problemas. Además, la información derivada de la investigación centrada en aislar las características definitorias de los síndromes y el descubrimiento de las causas biológicas ayudará a los profesionales a determinar la prognosis, los planes de tratamiento y los resultados a los pacientes (Steven C. Hayes & Hofmann, 2018b; Sarto-Jackson, 2018).

En la actualidad, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) define las *enfermedades mentales graves* como un problema mental, conductual y/o emocional que conlleva un deterioro funcional grave, que fundamentalmente interfiere o limita una o varias actividades principales de la vida (NIMH, 2018d). A su vez, la Organización Mundial de la Salud (WHO) expone que *trastorno mental grave* es un término que comprende un amplio rango de problemas con diferentes sintomatologías. Sin embargo, generalmente están caracterizados por una combinación de pensamientos, emociones, conductas anormales y dificultades en las relaciones con otros que causan un deterioro significativo normalmente duradero (WHO, 2017, 2018d). Ambos conceptos, aunque pueden acarrear ligeras diferencias terminológicas, son utilizados como sinónimos dentro de la literatura científica especializada en la investigación en estos problemas² (p.ej. Ádnanes et al., 2018; Sher, 2016; Steadmad, Osher, Robbins, Case, & Samuels, 2009; Sun et al., 2018; Vatne & Bjørkly, 2008).

El concepto trastorno mental grave abarca diversos diagnósticos que aparecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD). Los diagnósticos psiquiátricos que son considerados trastorno mental grave son diferentes en cada organización. Por ejemplo, el NIMH en su definición de enfermedad mental grave no hace alusión directa a ninguno de estos trastornos, realizan una definición general y no concretan qué diagnósticos abarcaría este término. No obstante, en las definiciones de los propios trastornos el NIMH sí que hace una referencia explícita a los trastornos que incluyen como enfermedades mentales graves:

² En este trabajo se utiliza el término *trastorno mental grave* por ser es el más aceptado dentro de la psicología clínica.

esquizofrenia (NIMH, 2018f), trastorno bipolar (NIMH, 2018a) y trastorno límite de la personalidad (NIMH, 2018e) y depresión mayor grave (NIMH, 2018c). Por otro lado, la WHO incluye en su informe sobre la esperanza de vida de las personas con enfermedad mental grave los diagnósticos de esquizofrenia y condiciones relacionadas, trastorno bipolar y depresión grave y moderada (WHO, 2017). La WHO, en este informe, no incluye en este informe el trastorno límite de la personalidad, no obstante en la ICD-11 (WHO, 2018a) sí que se conceptualizan determinados problemas en la personalidad como enfermedad mental grave bajo el diagnóstico de *trastorno severo de la personalidad*, el cual puede ir asociado a rasgos límite de la personalidad (Bach & First, 2018). Pese a que en algunos trabajos prácticos se utilice una definición restringida que solamente incluye la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y trastorno bipolar (Ádnanes et al., 2018) la tónica general en la literatura especializada es tener en cuenta una definición amplia del concepto. Se incluyen los siguientes diagnósticos: esquizofrenia y trastornos relacionados, trastornos depresivos (p.ej. depresión mayor grave y moderada), trastorno bipolar y trastornos relacionados (p.ej. trastorno bipolar tipo II y trastorno ciclotímico) y trastorno límite de la personalidad (Steadmad et al., 2009; Sun et al., 2018, 2018; Vatne & Bjørkly, 2008).

1.1.1 Esquizofrenia y trastornos relacionados

El NIHM define la esquizofrenia como una enfermedad mental grave y crónica que afecta a cómo las personas piensan, sienten y se comportan (NIMH, 2018f). Por otro lado, la WHO la define como un trastorno mental grave caracterizado por problemas serios en el pensamiento, lenguaje, percepción y sentido del yo. Normalmente incluye experiencias como escuchar voces o delirios (WHO, 2018e). Estos problemas afectan en el funcionamiento de las actividades de la vida diaria de 21 millones de personas en el mundo. La prevalencia de vida varía aproximadamente entre 0.3% y 0.7% dependiendo de factores culturales como el país de origen o la etnia de las personas diagnosticadas (APA, 2013).

Independientemente de las sutiles diferencias entre los dos sistemas diagnósticos oficiales más comúnmente utilizados en la práctica clínica e investigación (DSM-5 y IDC-11), ambos coinciden en que los signos característicos de estos trastornos son las alucinaciones (en cualquier modalidad sensorial), delirios, pensamientos desorganizados, problemas en la experiencia del yo, comportamiento motor desorganizado, conducta catatónica y pobres expresiones emocionales. La combinación de estos signos del trastorno afecta al funcionamiento de la persona en actividades laborales, familiares y de autocuidado que persisten al menos durante 6 meses (APA, 2013; WHO, 2018a).

1.1.2 Trastorno bipolar y trastornos relacionados

El trastorno bipolar y los trastornos relacionados son episodios de problemas en el estado de ánimo definidos por la ocurrencia de episodios maniacos, hipomaniacos, depresivos o mixtos. Los diagnósticos de trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II y trastorno ciclotímico conformarían los diagnósticos de la familia del trastorno bipolar y trastornos relacionados (APA, 2013; WHO, 2018a). En concreto, estos problemas son conceptualizados como un trastorno cerebral que causa cambios inusuales en el humor y energía y niveles de actividad que afectan a la habilidad para llevar a cabo las tareas del día a día. (NIMH, 2018a).

Los síntomas de manía (estado de humor extremo y duradero caracterizado por euforia, irritabilidad o expansividad y por un incremento de la actividad y de la experiencia subjetiva de la energía corporal), hipomanía (estado humor persistente caracterizado por euforia e irritabilidad que pueden ir acompañados por ideas de grandiosidad, falta de sueño e impulsividad), depresivos (periodo de bajo estado de humos o poco interés por realizar actividades durante al menos 2 semanas que pueden ir acompañados de otros síntomas como cambios en el apetito y el sueño) y mixtos (caracterizado por la combinación o un rápido cambio entre los síntomas prominentes de los episodios de manía y depresivos) necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar y trastornos relacionados afectan a la realización de las actividades diarias de las personas y cuentan con una prevalencia que varía desde el 0.0% al 0.6% en la población mundial (APA, 2013; WHO, 2018a).

1.1.3 Depresión mayor y trastornos relacionados

La Depresión mayor y trastornos relacionados implican síntomas serios que afectan a cómo sentimos pensamos y nos comportamos en actividades cotidianas como dormir, comer o trabajar. Estos trastornos son comunes entre la población, pero esta característica no debe enmascarar su gravedad (NIMH, 2018c). Estos trastornos están caracterizados por estados de ánimos depresivos (p.ej. tristeza, irritabilidad o sensación de vacío) o una pérdida de placer acompañada de otros síntomas cognitivos, comportamentales o en el sistema nervioso autónomo (SNA) que afectan significativamente en la vida de la persona.

Los diferentes sistemas diagnósticos tienen diferentes nomenclaturas para clasificar los diagnósticos que están dentro de esta familia de trastornos. El ICD-11 incluye cuatro diagnósticos: episodio depresivo único, trastorno depresivo recurrente, trastorno distímico y trastorno misto depresivo y de ansiedad. Siendo el trastorno depresivo recurrente el diagnóstico que más relacionado está con el término

de trastorno mental grave por su duración y recurrencia de sus episodios. Por otro lado, el DSM-5 incluye en esta familia de trastornos los siguientes diagnósticos: trastorno de desregulación disruptivo del estado del ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), problemas disfóricos premenstruales, trastornos depresivos debidos a sustancias y a otras condiciones médicas y trastorno depresivo inespecífico. Dentro de esta amplia familia el trastorno depresivo mayor es el diagnóstico incluido como trastorno mental grave. Los problemas de sentimientos de tristeza y de desesperanza, pérdida de peso, insomnio e hipersomnio, agitación motora o retraso motor, fatiga y pérdida de energía, pensamientos recurrentes sobre la muerte y pérdida en la concentración e indecisión que engloban el diagnóstico de depresión mayor afectan a más de 250 millones de personas en el mundo llegando a tener una prevalencia del 7% en la población en los Estados Unidos (APA, 2013; WHO, 2018a, 2018c).

1.1.4 Trastorno límite de personalidad

El trastorno límite de personalidad es un trastorno mental marcada por un patrón cambiante en los estados del ánimo, en la imagen personal y en el comportamiento. Estos síntomas normalmente causan acciones impulsivas y problemas en las relaciones con los demás (NIMH, 2018b). El trastorno límite es el único trastorno de la personalidad que incluye el concepto de trastorno mental grave, posiblemente debido a que las personas diagnosticadas de personalidad límite pueden vivir intensos episodios de ira, depresión y ansiedad que pueden durar desde unas pocas horas hasta días que dificultan su funcionamiento en actividades de la vida diaria.

Para el DSM-5 la principal característica de este diagnóstico es el patrón de inestabilidad generalizado en las relaciones interpersonales, afección y marcada impulsividad que empieza después de la adolescencia y está presente en diferentes contextos sociales. Esto incluye problemas como intentos frenéticos por evitar un abandono social o imaginado, un patrón inestable de la caracterización de las relaciones interpersonales conduciendo a una idealización extrema de las mismas, conductas suicidas recurrentes, inestabilidad afectiva, enfados intensos e incontrolables y/o sentimientos crónicos de vacío existencial (APA, 2013). En el caso de la ICD-11 el trastorno límite de personalidad se conceptualiza de otra manera. En la clasificación de la WHO los trastornos de personalidad pueden ser leves, moderados y graves; y a su vez pueden estar clasificados en subcategorías. (WHO, 2018a). El trastorno de personalidad de la ICD-11 que mayor grado de relación tiene con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite del DSM-

5 es el trastorno de personalidad grave con el *identificador de patrón límite*³ (Bach & First, 2018). La prevalencia media de estos trastornos en la población mundial varía del 1.6% al 5.9% y es aún mayor en servicios de atención primaria, en torno al 6%; en servicios de salud mental comunitarios el 10%; y representan el 20% en los pacientes psiquiátricos.

1.2 Problemas conceptuales y empíricos del modelo biomédico de los trastornos mentales graves

A lo largo de los años se han realizado críticas teóricas y empíricas sobre el modelo biomédico en la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales graves (Deacon, 2013; Deacon & McKay, 2015; Wong, 2014). Este apartado está dedicado a exponer los problemas conceptuales relacionados con la perspectiva estructural de los problemas psicológicos, el origen biológico de los problemas del comportamiento, la falacia de simetría del tratamiento, los problemas de validez de las categorías psiquiátricas y los problemas de verificación empírica de las teorías defendidas por este modelo.

El modelo biomédico parte de una visión estructural de los problemas psicológicos. Las aproximaciones estructurales, de forma general, se caracterizan por el estudio de los problemas psicológicos atendiendo a las estructuras subyacentes que explican los problemas en la conducta observada. Estas estructuras, independientemente de su naturaleza, se encontrarían entre las variables ambientales y las respuestas conductuales de los organismos. Estas variables del organismo serían inferidas por las observaciones superficiales de la conducta y jugarían un papel estructural en el origen de ésta (Ruggiero et al., 2018; Sturme, 2007). Por ejemplo, en gramática la disposición específica de las diferentes oraciones sería un indicador de las estructuras gramaticales que posee ese individuo. Las aproximaciones estructurales están presentes durante toda la historia de la investigación psicopatológica realizada por psicólogos y psiquiatras. Las características esenciales de los modelos estructurales se pueden encontrar desde las primeras contribuciones de Platón a la psicología, en las cuales la conducta humana se concibe en relación con el alma (Knuuttila & Sihvola, 2014), hasta las teorías psicodinámicas de Freud (Wallace & Gach, 2008). En concreto, las perspectivas científicas actuales más influyentes del estudio de las enfermedades mentales graves cumplen las características básicas para ser clasificadas como aproximaciones estructurales.

³ Traducción del término *borderline pattern qualifier*.

El problema conceptual de una perspectiva estructural de los problemas psicológicos es la necesidad de tener una estructura subyacente al comportamiento psicopatológico y el reduccionismo que conlleva en el estudio de la conducta humana. La necesidad de localizar el origen del problema en estructuras subyacentes a los problemas psicológicos implica elegir la localización de esta. Por ejemplo, el modelo biomédico aboga por una explicación que reside en las estructuras fisiológicas subyacentes al comportamiento. En esta perspectiva, por lo tanto, se reduce el problema psicológico de una persona a los problemas fisiológicos de ese individuo y determina que el objeto de estudio no sea el comportamiento del individuo sino la fisiología cerebral del individuo comportándose de una determinada manera. A su vez, localizar el problema en los desequilibrios fisiológicos que se producen dentro del organismo implica asumir que las causas de los problemas psicológicos son biológicas. Esta explicación deja fuera de la explicación causal de los problemas psicológicos otras variables individuales y sociales. Por otro lado, en general el tratamiento de las enfermedades mentales graves propuesto por el modelo biomédico implica el uso de intervenciones basadas especialmente en el uso de psicofármacos. Este planteamiento supondría un problema relacionado con la falacia de simetría del tratamiento que se define por suponer que la etiología y el tratamiento de un problema deben compartir los mismos mecanismos (Alonso-Vega et al., 2017; González-Pando, 2014). Si se asume esta simetría entre la etiología y el tratamiento en muchas ocasiones se estaría dejando de lado los tratamientos centrados en cambiar el comportamiento de una persona centrados en la modificación de variables individuales y culturales de la persona que tiene el problema psicológico. Por otro lado, el carácter únicamente biológico de los trastornos mentales graves puede ayudar a concebir los trastornos mentales graves como problemas crónicos derivados de un desequilibrio fisiológico que solamente puede ser tratado a través de introducir sustancias químicas que ayuden al organismo a encontrar el balance fisiológico natural (Alonso-Vega et al., 2017). Esta concepción puede poner dificultar el establecimiento de intervenciones psicológicas centradas en los principios y procesos propios del comportamiento humano (Álvarez-Iglesias, 2017).

Otra de las críticas al modelo biomédico se centra en los sistemas diagnósticos. De forma general, los sistemas diagnósticos derivados del modelo médico (p.ej. DSM-5 y CIE-11) para los trastornos mentales están formados por etiquetas diagnósticas que sirven para denominar problemas psicológicos de diferentes personas con una topografía parecida. Desde el modelo biomédico, se asume que estos problemas psicológicos similares tienen una causa fisiológica similar. Esta lógica, al menos, plantea dos problemas críticos: la falta de apoyo empírico sobre los mecanismos subyacentes en las etiquetas diagnósticas y la

evidencia empírica sobre las diferentes funciones de una misma topografía de comportamiento. El modelo biomédico ha sido útil para identificar las causas de diferentes enfermedades a nivel biológico y fisiológico, sin embargo, tras años de investigación desde este modelo no se han descubierto los mecanismos fisiológicos de ninguna de las etiquetas diagnósticas que engloba el término trastorno mental grave (Deacon & McKay, 2015). Se han propuesto diferentes explicaciones y modelos, sin embargo, no han sido útiles para el diagnóstico ni el tratamiento de ninguna etiqueta diagnóstica y por lo tanto no han sido aceptados dentro de la comunidad científica. Por ejemplo, en los propios sistemas diagnósticos se avisa al lector que estos diagnósticos no tienen el suficiente apoyo empírico.

“Las aproximaciones a la validación de los criterios diagnósticos como categorías discretas de trastornos mentales han incluido los siguientes tipos de evidencias: pruebas⁴ antecedentes (marcadores genéticos, rasgos familiares, temperamento y exposición ambiental), pruebas concurrentes (sustratos neurales similares, biomarcadores, procesos cognitivos y emocionales y sintomatología similar) y las pruebas predictivas (desarrollo clínico similar y respuesta al tratamiento). En el DSM-5, reconocemos que los actuales criterios diagnósticos para cada trastorno no necesariamente identifican a un grupo homogéneo de pacientes que puedan ser clasificados firmemente. (...) Hasta que los incontrovertibles mecanismos etiológicos y patofisiológicos sean identificados para validar completamente los trastornos específicos y los diferentes espectros de trastornos, el estándar más importante para el DSM-5 será su utilidad clínica para evaluar el curso clínico y la respuesta al tratamiento de individuos agrupados en un marco diagnóstico dado”. (APA, 2013, p.20)

En este párrafo la APA asume que no hay evidencias suficientes para apoyar una construcción científica de los diferentes diagnósticos y justifica su uso por la utilidad práctica. No obstante, no podemos estar más en desacuerdo con esa utilidad para la evaluación del cambio clínico. Deacon en 2013 señala que estos sistemas diagnósticos tienen una validez de validez de constructo cuestionable y ninguna utilidad para el tratamiento clínico. Los problemas relacionados con la validez de constructo de las enfermedades mentales graves son innegables y hacen que estas categorías no sean útiles para más que una descripción topográfica de determinadas conductas (Deacon, 2013). Sobre la validez de constructo de las categorías

⁴ Traducción al castellano del término *validators*.

diagnósticas es oportuno destacar las siguientes declaraciones de Hyman, director del NIH desde 1996 hasta 2001:

“El sistema del DSM fue una plataforma importante para la investigación que hizo posible un entendimiento compartido de los modelos de enfermedad o de las personas con problemas que estaban bajo estudio. Al mismo tiempo, creó una prisión epistémica inintencionada que impedía palpablemente el progreso científico (...) Esto comenzó a ser fuente de una preocupación real para mí, como director de la institución, yo podía estar apoyando el gasto de largas sumas de dinero de los contribuyentes para proyectos clínicos y traslacionales que casi nunca cuestionaban las categorías diagnósticas a pesar de que éstas carecían de validez (...) Los efectos problemáticos de la reificación diagnósticas se observaron repetidamente en estudios genéticos, estudios de imágenes cerebrales, ensayos clínicos y todos los estudios en los que los rígidos, operacionalizados criterios del DSM-IV definían los objetivos de la investigación a pesar del hecho de que estos aparentemente son paupérrimos reflejos de la realidad.” (Hyman, 2010, p. 157-158)

Por otro lado, hay evidencias empíricas que indican que una misma forma de comportamiento puede estar mantenida por diferentes variables (p.ej. Beavers et al., 2013; Froján-Parga et al., 2019; Hanley, 2012; Michael et al., 2011). Estos datos implican que ninguna agrupación basada en las topografías de comportamiento va a ser útil para identificar las causas de ese comportamiento ni para planificar el tratamiento de esos problemas. La evaluación y la planificación del tratamiento debería ser, por lo tanto, individual. Esta característica del comportamiento también implica que la heterogeneidad de las personas incluidas en los grupos formados por personas con el mismo diagnóstico sea elevada. Esto supone uno de los principales problemas en los sistemas de validación de tratamientos psicológicos en los trastornos mentales graves (este argumento se desarrolla en profundidad en el capítulo 2). Aparte de estos problemas empíricos, las etiquetas diagnósticas que pueden tener diferentes utilidades beneficiosas también pueden ser mal interpretadas, tanto por los investigadores como por la sociedad. Por ejemplo, las etiquetas diagnósticas han sido reificadas. Han pasado de ser etiquetas para agrupar comportamientos similares a ser la causa de esos comportamientos. Este efecto también se encuentra en la literatura científica, ya que hay trabajos publicados que atribuyen propiedades explicativas a estas categorías (A. Frances, 2009, 2013; King, 2006). Por otro lado, estas etiquetas diagnósticas han servido para crear prejuicios sobre las personas que han sido diagnosticadas con estos trastornos mentales graves (p.ej. es frecuente observar cómo se asocia la violencia como una de las características de estas personas). Debido a estas críticas desde el modelo

biomédico se están llevando a cabo intentos por renovar los sistemas diagnósticos. En la actualidad, el proyecto denominado *Research Domain Criteria* (RDoC) creado por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) tiene como objetivo solucionar los problemas nosológicos del DSM-5 y del ICD-11 asociados con la comorbilidad entre los trastornos. Este proyecto, que sigue implicando una propuesta estructural, propone conceptualizar los trastornos mentales, no como lesiones fisiológicas identificables, sino como trastornos derivados de un mal funcionamiento en los circuitos cerebrales. En lugar de utilizar categorías arbitrariamente definidas, este proyecto propone integrar los modernos descubrimientos de las neurociencias (Insel et al., 2010). Por lo tanto, el objetivo general del proyecto RDoC es crear un sistema de clasificación para los trastornos mentales basados en dimensiones bioconductuales que superen la heterogeneidad de las categorías del DSM-5 y del ICD-11. Para identificar los problemas en los circuitos cerebrales, el proyecto RDoC ve útiles para crear los nuevos diagnósticos los datos que provienen de las investigaciones en el campo de neurociencia clínica, que incluye electrofisiología y neuroimagen funcional, y la genética. El resultado final que se espera conseguir consistirá en una matriz que incorpore los siguientes niveles de análisis: molecular, circuito cerebral, conductual y sintomático. Estos serán los niveles que caracterizarán los síntomas centrales de los trastornos mentales (Hayes & Hofmann, 2018b).

A nivel ético, desde la Asamblea General de Naciones Unidas se pide un cambio de paradigma en la atención de la salud mental. En el informe publicado en 2017 el Relator Especial para la promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo escribe: “El poder de decisión en cuestiones de salud mental se concentra en manos de los adalides del modelo biomédico, en particular la psiquiatría biológica con el apoyo de la industria farmacéutica. Esto atenta contra los principios modernos de atención integral, gobernanza de la salud mental, investigación interdisciplinaria innovadora e independiente y formulación de prioridades basada en los derechos en las políticas de salud mental.” (p. 7).

1.3 Perspectiva analítico funcional de los trastornos mentales graves

La perspectiva analítico funcional asume que el comportamiento es producto de la relación entre el organismo y las variables ambientales⁵ de las cuales es función. Esta perspectiva asume una visión determinista del comportamiento (i.e. el comportamiento está sujeto a leyes naturales), una perspectiva contextual (i.e. el comportamiento es función de las variables ambientales que lo mantienen) y una perspectiva incorporada en la teoría de la selección natural (i.e. el comportamiento es una forma de adaptación; selección por consecuencias). Por tanto, la perspectiva funcional de los trastornos mentales graves, al contrario que las perspectivas estructurales, no asume que haya ningún fallo en ninguna estructura subyacente. Desde esta perspectiva se analizan los principios y procesos conductuales que pueden explicar los comportamientos problemáticos de las personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. Desde esta perspectiva se conceptualiza el comportamiento de los organismos como un fenómeno natural digno de ser estudiado por derecho propio (Skinner, 1953). Esto implica estudiar los principios y procesos que rigen el comportamiento sin hacer alusión a mecanismos subyacentes ni explicaciones del fenómeno que provengan de diferentes niveles (p.ej. explicación biológica del comportamiento) (Kantor & Smith, 2015; Skinner, 1938). Las aproximaciones funcionales al estudio de la conducta tienen como objetivo analizar los principios conductuales básicos, los procesos y procedimientos que nos ayuden a describir, predecir y controlar la conducta de los organismos. Los estudios desde esta perspectiva conllevan estudiar la relación entre el comportamiento y las variables contextuales de las cuales es función (Cooper et al., 2019).

Las raíces conceptuales de esta perspectiva se pueden encontrar en las primeras ideas de Aristóteles en referencia al *alma*. Definida en términos teleológicos (Knuuttila & Sihvola, 2014) el *alma* sería una acción orientada a un fin y no una propiedad ontológicamente diferente del organismo, por lo tanto, la función de los organismos sería objeto de estudio desde las ciencias naturales. Pese a que se puedan encontrar los primeros gérmenes de las aproximaciones funcionales en Aristóteles (Killeen, 2001; Pérez, 2009), no es hasta principios del siglo XX cuando se encuentran las primeras aproximaciones funcionales al estudio de la conducta humana. La psicología en los primeros años del siglo XX estaba dominada por las investigaciones estructurales centradas en estudiar los estados de conciencia y otros procesos mentales a través de la

⁵ El término *ambiente* en análisis de conducta se refiere al complejo estimular que mantiene el comportamiento. Este término incluye también variables del organismo (Cooper et al., 2019).

introspección. No obstante, en esa época los primeros teóricos empiezan a definir la psicología como la ciencia que estudia la conducta humana (O'Donohue & Kitchener, 1998). Watson es el autor reconocido por establecer esta dirección en el campo de la psicología "La psicología desde el punto de vista de un conductista es una rama puramente objetiva de la ciencia natural. Su objetivo es la predicción y el control de la conducta. Las técnicas introspectivas no forman parte esencial de sus métodos." (1913, p. 158). Watson establecía que los estudios de la conducta deberían consistir en las relaciones entre los estímulos (E) y las respuestas del organismo (R), a estos estudios se les conoció como el paradigma E-R. Este paradigma ha sido fuertemente criticado desde otras disciplinas ya que es excesivamente mecanicista y no sirve para explicar las diferentes formas de comportamiento humano. Si bien esas críticas son acertadas, supuso el inicio teórico de la ciencia de conducta tal cual la conocemos en nuestros días. De la misma forma, la perspectiva funcional fue influenciada por dos importantes publicaciones: *Los reflejos condicionados* (1927) libro en el cual Pavlov describe las características del comportamiento reflejo y *La conducta de los organismos* (1938) libro en el cual Skinner resume los resultados de sus investigaciones sobre la conducta operante y pone en perspectiva dos tipos de conducta: la conducta respondiente, que hace referencia a la conducta refleja definida por Pavlov; y la conducta operante, definida por contingencia de tres términos y cuya frecuencia es determinada principalmente por sus consecuencias. El desarrollo posterior de esta perspectiva está marcado por los importantes trabajos de autores como Ferster, Sidman, Catania o Michael (Araiba, 2020; Chiesa, 1994; Cooper et al., 2019; Johnson et al., 2020; Keller, 1981; Moore, 1990; Skinner, 1981; Sundberg, 2017). La perspectiva analítico funcional está totalmente influenciada por los desarrollos filosóficos y teóricos derivados de los trabajos experimentales. En general la filosofía en la que se apoya esta perspectiva es el conductismo. Si bien es cierto que no hay un único conductismo, sino que existen varios: el interconductismo, el conductismo psicológico, el conductismo radical, el conductismo filosófico, el conductismo lógico o el funcionalismo contextual; son diferentes tipos aproximaciones teóricas del conductismo (Araiba, 2020; O'Donohue & Kitchener, 1998). En general la perspectiva analítico funcional implica asumir una perspectiva determinista del comportamiento humano centrada en la investigación empírica y experimentación regida por los principios de parsimonia, replicación y duda filosófica. (Catania, 2006; Cooper et al., 2019). Esta perspectiva implica reconocer la ciencia del comportamiento como una disciplina más de las ciencias naturales que está totalmente influenciada por una perspectiva evolutiva del comportamiento y relacionada con las demás disciplinas (p.ej. biología). El no reduccionismo típico de las ciencias del comportamiento no implica que no se tengan en cuenta variables biológicas o sociales, sino que el comportamiento no se puede reducir a estas variables.

Teniendo en cuenta estas características filosóficas y teóricas de la perspectiva analítico funcional, el concepto trastorno mental grave es una etiqueta verbal que describe, de forma poco precisa, un conjunto de comportamientos humanos. Estas etiquetas no cumplen los requisitos para ser aceptados como términos técnicos dentro de la tradición analítico funcional, ya que no están ligados a ninguna variable útil para explicar la conducta de las personas. Si bien es cierto, los comportamientos a los que se refiere en las nosologías psiquiátricas existen y son fuente de sufrimiento para las personas, éstos deben de ser analizados atendiendo a las relaciones funcionales y a las variables ambientales que los mantienen, antes que ser descritos y agrupados en relación con las variables que hipotéticamente los originan.

Desde una perspectiva analítico funcional, los problemas relacionados con los trastornos mentales graves son considerados problemas del comportamiento. Esta conceptualización implica que los problemas psicológicos que sufren estas personas tienen que ser evaluados desde una perspectiva individual que dé cuenta de las variables que mantienen este tipo de comportamientos. A su vez el tratamiento debe estar basado en procedimientos que pongan en marcha los principios y procesos que explican el cambio conductual. De forma general los problemas de conducta se pueden dividir en tres grandes grupos: problemas relacionados con un exceso conductual, problemas relacionados con un déficit conductual y problemas relacionados con la aparición de determinadas topografías de conducta que no son aceptadas en la comunidad verbal en la que convive esta persona (Sturmey, 2020). Los problemas por exceso conductual son problemas que involucran una elevada frecuencia de un tipo de comportamiento que afecta al funcionamiento diario de esta persona. Por ejemplo, una frecuencia elevada de conductas de comprobación que hace que la persona llegue tarde a citas con otras personas (p.ej. trabajo, médico, relaciones de amistad y pareja, etc.). Por otro lado, los problemas por déficit conductual están determinados por una baja frecuencia de un comportamiento que afecta en el día a día de la persona. Por ejemplo, latencia elevada de una respuesta ante un estímulo (p.ej. ante preguntas). Los problemas de déficit conductual también pueden estar relacionados con la ausencia de comportamientos típicos de otros individuos de la misma edad (p.ej. un niño con 10 años que no ha desarrollado las habilidades necesarias para leer). Por último, los problemas relacionados con la aparición de topografías de conducta no deseables en la comunidad implican la aparición de comportamientos que dificultan el funcionamiento de esta persona en sociedad. Dentro de este

tipo de conductas podríamos englobar a las alucinaciones y delirios⁶ relacionados con los diagnósticos de trastorno mental grave (p.ej. esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados) (Dixon et al., 2001; Froján-Parga et al., 2019; Rosenfarb, 2013).

1.4 Conclusión

En los apartados anteriores, se han expuesto las principales críticas teóricas y empíricas del modelo biomédico y se ha desarrollado el planteamiento analítico funcional del estudio científico del comportamiento humano como solución a los problemas de este modelo. La conceptualización de los trastornos mentales graves como problemas del comportamiento mantenidos por diferentes variables ambientales resuelve diferentes problemas conceptuales del modelo biomédico en los trastornos mentales graves (p.ej. reduccionismo, falacia simetría tratamiento, etc.). También, como se ha desarrollado, supone una respuesta científica a los problemas de verificación empírica del origen fisiológico de los trastornos mentales graves. La perspectiva analítico funcional sienta las bases filosóficas y conceptuales para un tratamiento científico de los trastornos mentales graves.

No obstante, la aproximación analítico funcional no se plantea como una alternativa al modelo biomédico. La medicina es una disciplina aplicada que tiene como objetivo cuidar a las personas y organizar el diagnóstico, la prognosis, prevención y tratamiento de sus lesiones o enfermedades a través de los conocimientos derivados de las ciencias naturales (p.ej. física, química, biología) (Panda, 2006). El modelo biomédico ha tenido una utilidad sin precedentes históricos para el tratamiento de las enfermedades de las personas. Desde un punto de vista analítico funcional de las prácticas sociales, es natural que el modelo médico tradicional (i.e. biomédico) se utilice también para conceptualizar los problemas psicológicos. Sin embargo, el problema reside en que el modelo médico, ha ignorado las investigaciones en la ciencia del comportamiento, ha reducido la conducta a problemas biológicos y ha reducido los problemas psicológicos a categorías diagnósticas. Esta práctica, derivada del éxito evolutivo de la aplicación de la biología para la resolución de problemas orgánicos, no es útil para conceptualizar los problemas psicológicos. La investigación sobre las bases biológicas del comportamiento es necesaria para el desarrollo de las ciencias

⁶ La conceptualización analítico funcional sobre las alucinaciones y delirios se puede encontrar desarrollada en (Froján-Parga et al., 2019; Wilder et al., 2001, 2003; Wilder et al., 2020; Wong et al., 2004)

del comportamiento. Sin embargo, las ciencias del comportamiento no deben ser reducidas a la investigación sobre las bases biológicas del comportamiento. El modelo médico necesita de una ciencia natural que le ayude a resolver los problemas del comportamiento sin caer en problemas conceptuales (p.ej. reduccionismos, dualismos, etc.) (Fisher et al., 2018; Rachlin et al., 2018). Las personas con problemas psicológicos graves necesitan un tratamiento que tenga en cuenta el papel fundamental de los principios y procesos de aprendizaje.

A su vez, una aproximación analítico funcional de los trastornos mentales graves solventa parte de los problemas derivados de las categorías diagnósticas (p.ej. falta de validación empírica, reificación de las categorías a variables explicativas, estigmas derivados del diagnóstico, etc.). En este capítulo se ha usado el término técnico *trastorno mental grave* para referirse al conjunto de los problemas psicológicos de las personas con estos diagnósticos. Se ha elegido este término frente al de *enfermedad mental grave* porque el término trastorno o problema no implica la existencia de una alteración en la fisiología de la persona que causa unos determinados síntomas. Sin embargo, creemos que el término trastorno mental grave no es completamente apropiado ya que el término mental puede hacer referencia a una división dualista entre mente y cuerpo. Por otro lado, el término mental no hace referencia directa a la naturaleza contextual del comportamiento humano, el término parece que sitúa los problemas de la persona en un plano mental privado. Sin embargo, los problemas psicológicos están mantenidos por diferentes variables ambientales. Por lo que los problemas psicológicos de las personas no están en su mente, sino que se dan en la interacción de esa persona con el ambiente. Los problemas psicológicos de las personas normalmente se producen con mayor probabilidad en situaciones en las que no se disponen de los recursos materiales y culturales mínimos (Brandow et al., 2020; Rosenfarb, 2013). Por estas razones creemos que el término técnico más apropiado para englobar a este tipo de problemas sería problemas psicológicos graves. Este término debería ser utilizado para designar los problemas del comportamiento que tienen gran impacto en el funcionamiento de las personas en su comunidad.

Por otro lado, este capítulo se ha resaltado la relevancia que tiene para el estudio del comportamiento la división entre perspectivas estructurales y perspectivas funcionales. Sin embargo, no existe una única forma de analizar los diferentes paradigmas científicos del estudio de las enfermedades mentales graves. Estos se podrían haber clasificado atendiendo a variedad de criterios, por ejemplo: monismo/dualismo, determinismo/indeterminismo o materialismo/idealismo. Estos criterios nos producirían una división interesante de diferentes perspectivas filosóficas. No obstante, estos criterios

resultarían de poca utilidad para diferencias entre paradigmas científicos, ya que, por ejemplo, no encontraríamos ningún paradigma científico que defendiera posturas indeterministas. Para evitar este problema hemos elegido criterio estructural/funcional. Este criterio que divide las corrientes de pensamiento estructuralistas y las corrientes funcionales se encuentra no sólo en los primeros análisis filosóficos sobre la psicología científica, sino que también sirve para clasificar diferentes aproximaciones biológicas, antropológicas, sociológicas y lingüísticas (Sturmey, 2020). En particular, en el caso de las enfermedades mentales graves el criterio estructural/funcional es útil para dividir las diferentes corrientes teniendo en cuenta dos características fundamentales el origen de las enfermedades mentales graves y el tratamiento y clasificación de estas. En los últimos años se han dedicado muchas publicaciones a defender que esta división entre corrientes, estructurales y funcionales, ha sido superada. Los autores que están de acuerdo en afirmar que ha sido superada hacen referencia a los recientes desarrollos de las perspectivas cognitivas, ya que estas habrían abandonado las características definitorias de las perspectivas estructurales (Calkins, 1906; Ruggiero et al., 2018; Woodworth, 1948). No obstante, hay autores que defienden que este debate aún no está cerrado. Argumentan que esta división sigue estando vigente en la actualidad ya que los desarrollos modernos de las escuelas tradicionales no han superado este criterio (estructural/funcional) y han heredado las características definitorias para que aún se pueda hacer un análisis de las aproximaciones estructurales y aproximaciones funcionales (Deacon, 2013; Ghiselin, 2018; Sturmey, 2020). Este capítulo se ha centrado en analizar los efectos del modelo biomédico para los trastornos mentales graves, por ello se ha desarrollado de forma general cómo afecta este modelo a los sistemas de salud mental. Sin embargo, las perspectivas estructurales también se puede observar en modelos cognitivos en psicología clínica influenciados por el modelo biomédico (Deacon, 2013; Froján-Parga et al., 2017).

La perspectiva analítico funcional cuenta también con limitaciones. Si bien estas limitaciones no atañen a problemas filosóficos conceptuales, esta perspectiva tiene que superar determinados problemas relacionados con la relación con otras profesiones dedicadas a la salud mental de las personas, a la eficiencia de los tratamientos y al conocimiento científico sobre los principios y procesos en comportamientos complejos. La perspectiva analítico funcional en general y el uso de los procedimientos descritos en la literatura analítico funcional aplicada necesita ser reconocido por otras profesiones sanitarias. El rechazo a este punto de vista tiene diferentes explicaciones culturales e históricas (este tema es ampliamente discutido en Bailey & Burch, 2016; Skinner, 1971), sin embargo el análisis de conducta como disciplina profesional debería imponerse a estos problemas y desarrollar protocolos de buenas prácticas de comunicación con

otras profesiones para favorecer la inclusión de la ciencia de conducta en instituciones encargadas de la salud mental de las personas. Por otro lado, los tratamientos analítico funcionales requieren de una gran inversión en formación, en evaluación, y en registro del progreso, si se comparan con las prácticas de tratamiento únicamente farmacológico habituales en el modelo biomédico. Sin embargo, el énfasis en la medicina centrada en la persona puede hacer más probable que se puedan tener en cuenta procedimientos individuales de evaluación y tratamiento. Por otro lado, el progreso del análisis de conducta será directamente proporcional al progreso del análisis experimental de comportamientos complejos. La disciplina aumentaría sus probabilidades de tener relevancia en el tratamiento de problemas de salud si se consiguiera tener mayor predicción y control sobre comportamientos complejos.

En definitiva, la perspectiva analítico funcional supone una solución los principales problemas del modelo biomédico en la concepción, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales graves. Desde esta perspectiva los trastornos mentales graves se conceptualizan como problemas del comportamiento mantenidos por variables ambientales y los tratamientos para estos problemas están basados en los resultados de una evaluación funcional de las variables ambientales que los mantienen.

2

Intervenciones psicológicas eficaces para los trastornos mentales graves: Análisis de la investigación clínica y propuestas de cambio

Las intervenciones psicológicas son *eficaces*⁷ para el tratamiento de los problemas de las personas diagnosticadas con trastorno mental grave (David et al., 2018). Esta eficacia se ha probado en trabajos científicos derivados, principalmente, del movimiento denominado *Práctica Psicológica Basada en la Evidencia*⁸ (Chambless, 1993; Chambless & Hollon, 1998; Thorn, 2007). Este movimiento ha generado cambios beneficiosos dentro de la investigación en psicología clínica de principios de siglo y ha elevado, en general, los estándares dentro de la práctica clínica. Sin embargo, la práctica clínica basada en la evidencia no está exenta de problemas conceptuales y limitaciones metodológicas. El desarrollo de la psicología clínica actual conlleva reconocer estas limitaciones y generar soluciones prácticas a los problemas que acarrea. Por lo tanto, el objetivo de este capítulo es analizar el estado actual de la investigación clínica de las intervenciones psicológicas eficaces para los trastornos mentales graves. Para ello, el análisis estará

⁷ Se usa el término *eficacia* para hacer referencia a la síntesis de los datos empíricos aportados por un tipo de intervención de forma general. Sin embargo, se reconoce que *eficacia* hace referencia a los resultados de ensayos clínicos aleatorizados, con terapeutas expertos siguiendo el protocolo de una intervención y *Efectividad* a los resultados de estudios que evalúan de forma general el funcionamiento de los tratamientos en la práctica profesional fuera del laboratorio (David et al., 2018).

⁸ Se usa el término *Práctica Psicológica Basada en la Evidencia* para referirse al movimiento general que tiene como objetivo una práctica basada en datos científicos. No se establecen diferencias con el movimiento de los *Tratamientos Empíricamente Validados* ya que el primero es un término más amplio y comparten objetivos comunes (un análisis específico de las diferencias terminológicas se puede encontrar en La Roche & Christopher (2009)).

articulado en tres partes. La primera, dedicada a definir qué son las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, a analizar qué intervenciones han demostrado eficacia en el tratamiento de los trastornos mentales graves y a reconocer los beneficios derivados de este tipo de práctica científica. En la segunda parte se analizan las principales críticas conceptuales y metodológicas dirigidas a la investigación clínica y se discuten las implicaciones de estas para el movimiento de la práctica clínica basada en la evidencia. La última parte está dedicada a analizar las posibles a los problemas derivados de la investigación en el movimiento de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia. También en esta parte se exponen estudios publicados siguiendo estas recomendaciones.

2.1 Intervenciones psicológicas eficaces para los trastornos mentales graves.

Los trabajos de Eysenck (1952) y Levitt (1957) suponen las primeras líneas de investigación que plantean un estudio sistemático y riguroso de la eficacia de los tratamientos psicológicos (una revisión histórica del desarrollo de este movimiento se puede encontrar en David et al., 2018; La Roche & Christopher, 2009; Yates, 2013). Estas líneas de investigación, trabajos teóricos y empíricos, se han ido desarrollando a lo largo de los años, influenciadas por el movimiento *Medicina Basada en la Evidencia* iniciado por Cochrane (Forte et al., 2014; Greenhalgh, 2004). Esta influencia se percibe en tres trabajos fundacionales que establecen el marco de actuación de la Práctica Psicológica Basada en Evidencia. El primer trabajo, encargado por el presidente de la APA (David Barlow), estaba dirigido a mejorar el nivel de la formación en los psicólogos clínicos y a mejorar el nivel formativo de las instituciones sanitarias sobre los tratamientos psicológicos eficaces para cada tipo de problema (Chambless, 1993). El segundo trabajo es el de Chambless y Hollon (1998) en el que se fijan los criterios para determinar la eficacia de un tratamiento psicológico. Por último, el informe de la Asociación Americana de Psicología (2006) tiene como objetivo resumir los resultados obtenidos por este movimiento en la práctica clínica y sugerir cambios el desarrollo futuro del movimiento. Estos tres trabajos son fundamentales para definir la Práctica Psicológica Basada en Evidencia como un movimiento científico cuyo objetivo es buscar la mejor evidencia posible para mejorar la calidad de la práctica clínica y los servicios prestados a los clientes (American Psychological Association, 2006a).

Actualmente, en psicología clínica, las Prácticas Psicológicas Basadas en la Evidencia son intervenciones que han aportado datos de su efectividad para el tratamiento de un problema psicológico, suficientes para superar los estándares de calidad de varias organizaciones sanitarias, sociedades científicas y/o instituciones gubernamentales encargadas de controlar la calidad del servicio sanitario de una región

(David et al., 2018). Las instituciones más importantes a nivel internacional son: la Sociedad de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología (la División 12 de la APA), el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y los Cuidados del Reino Unido (NICE por sus siglas en inglés) y Cochrane (organización internacional sin ánimo de lucro cuyo objetivo es mejorar la investigación y realizar revisiones sistemáticas sobre la eficacia de los tratamientos). La definición de práctica psicológica basada en la evidencia y los estándares científicos para demostrar eficacia varían dependiendo de cada institución. Por ejemplo, la Asociación Americana de Psicología actualmente sigue los criterios propuestos por Chambless y Hollon (1998). En este trabajo se establece que un tratamiento eficaz (o *bien establecido*) cuenta con al menos dos experimentos en los que se demuestre una eficacia superior del tratamiento en comparación a un grupo control o placebo; o una eficacia similar a un tratamiento ya establecido. Aparte, los tratamientos también pueden demostrar su eficacia mediante estudios con diseño intra-sujeto en el que se demuestre la eficacia del tratamiento en más de 9 participantes. Además, los terapeutas deben estar guiados por un manual de tratamiento, las características de los clientes deben ser similares y los efectos deben haber sido demostrados por dos o más grupos de investigación diferentes. Como hemos comentado, estos criterios están a día de hoy vigentes, aunque la APA está trabajando para añadir las sugerencias realizadas por Tolin et al. (2015) dirigidas a abandonar los anteriores criterios y a usar el resultado de varias revisiones sistemáticas para categorizar las intervenciones en diferentes categorías (*fuertemente recomendada, muy recomendada y débilmente recomendada*). Por otro lado, de forma similar a los cambios propuestos por Tolin, el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y los Cuidados del Reino Unido (NICE) utiliza unos criterios más exigentes y flexibles a los propuestos por Chambless y Hollon (1998). El NICE trabaja de forma autónoma en la búsqueda de tratamientos empíricamente validados, utilizan un sistema híbrido de búsqueda manual y automática (en colaboración con Cochrane) de datos empíricos publicados en estudios clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas. El propio instituto es el que sintetiza estos datos y redacta guías de seguimiento para los profesionales y guías de asesoramiento para los clientes (NICE, 2021a).

En este contexto, varias intervenciones psicológicas para el tratamiento de los trastornos mentales graves han generado datos suficientes para ser consideradas como tratamientos empíricamente validados (Alonso-Vega et al., 2019; David et al., 2018). En la tabla 2.1 se exponen los resultados de las intervenciones psicológicas acreditadas por la APA y por el NICE para los diagnósticos de Trastorno Bipolar, Depresión Mayor, Esquizofrenia y problemas psicóticos relacionados y Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). En concreto, 13 tipos de intervenciones psicológicas diferentes han mostrado eficacia para el tratamiento de la

Depresión mayor, 7 para el tratamiento del diagnóstico de Trastorno Bipolar, 11 para el tratamiento del diagnóstico de Esquizofrenia y 4 para el tratamiento del TLP. Las intervenciones basadas en un enfoque cognitivo-conductual tienen una mayor representación entre los tratamientos bien establecidos para los trastornos mentales graves (10/27; 37%). Dentro de esta lista se pueden encontrar intervenciones basadas en aproximaciones a los problemas psicológicos diferentes entre sí. Por ejemplo, hay intervenciones con una aproximación psicoanalítica (5/27; 18%), conductual (4/27; 14%), biomédica (3/27; 11%), sistémica (2/27; 7%) y evolutiva (2/27; 7%) (Alonso-Vega et al., 2019).

La lista de las intervenciones eficaces para el tratamiento de los trastornos mentales graves (ver tabla 2.1) se establece como una herramienta útil tanto para los psicólogos como para los clientes (David et al., 2018). Las investigaciones han determinado que estas intervenciones son mejores a no recibir ningún tratamiento e incluso son mejores y/o mejoran al tratamiento médico de estos problemas, por lo que, entre otras acciones, los centros de formación pueden utilizar esta lista de tratamientos para formar a los futuros psicólogos y/o los colegios oficiales de psicología pueden descartar servicios que no estén dentro de estos listados. También, esta lista puede ayudar a fijar estándares de exigencia en las intervenciones exigibles por los clientes y promover un trabajo de divulgación de las prácticas psicológicas más eficaces. En definitiva, mejorar el nivel de exigencia de los clientes aportando información fiable, contrastable y relevante sobre las intervenciones para tratar sus problemas.

Tabla 2.1

*Terapias eficaces para el tratamiento los trastornos mentales graves.**

Nombre de la intervención	T. Bipolar	Depresión	Esquizofrenia	TLP
Acceptance and Commitment Therapy		APA	APA	
Assertive Community Treatment			APA	
Behavioral Activation		APA; NICE		
Cognitive Adaptation Training			APA	
Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy		APA	APA	
Cognitive Therapy	APA	APA	APA	
Cognitive-Behavioral Therapy	NICE	APA; NICE	NICE	
Dialectical Behavior Therapy				APA; NICE
Emotion Focused Therapy		APA		
Family Focused Therapy	APA		APA; NICE	
Illness Management and Recovery			APA	
Interpersonal and Social Rhythm Therapy	APA			
Interpersonal Psychotherapy	NICE	APA; NICE		
Mentalization-Based Treatment				APA
Problem-Solving Therapy		APA		
Psychoeducation	APA			

Rational Emotive Behavioral	APA	
Reminiscence/Life Review Therapy	APA	
Schema-Focused Therapy		APA
Self-Management/Self-Control Therapy	APA	
Self-System Therapy	APA	
Short-Term Psychodynamic Therapy	APA	
Social Learning/Token Economy Programs		APA
Social Skills Training		APA
Supported Employment		APA
Systematic Care	APA	
Transference-Focused Therapy		APA

*Tabla adaptada de Alonso-Vega et al. (2019) con el permiso de los autores.

En general, el movimiento de la Práctica Psicológica basada en la Evidencia ha resultado beneficioso para el desarrollo de la psicología clínica en particular. Gracias a ello en los últimos años, entre otros beneficios, se han validado nuevas intervenciones para diferentes problemas psicológicos, se han mejorado los procedimientos de evaluación de la eficacia, se han elevado los estándares de calidad en la formación de psicólogos clínicos y en los programas de doctorado, se han desarrollado técnicas nuevas de revisión sistemática y síntesis cuantitativas de los datos (p.ej. meta-análisis), se ha incrementado el uso de ensayos clínicos aleatorizados en la investigación en psicología clínica, se han elevado los estándares de revisión en las revistas científicas, se han generado herramientas para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica, se ha mejorado la documentación de los protocolos de actuación de intervenciones validadas, se han señalado las diferencias existentes entre la investigación y la práctica clínica, se ha mejorado la información disponible para los clientes, se ha promovido la aceptación de la psicología clínica por parte de diferentes instituciones y se ha influenciado a otras disciplinas relacionadas con el cuidado de la salud mental (Kazdin, 2008; Thorn, 2007; Tolin et al., 2015; Zettle, 2020).

Sin embargo, el movimiento de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia no está exento de limitaciones. Es un movimiento científico en constante desarrollo impulsado por críticas teóricas, mejoras técnicas y nuevos problemas en el ejercicio de la psicología. De hecho, en los últimos años se han ido sumando opiniones críticas dirigidas a un cambio de paradigma en la investigación en psicología clínica. Estos análisis se han dirigido a la conceptualización de los problemas psicológicos, a las características metodológicas de los estudios empíricos y a señalar las diferencias que existen entre la investigación y la práctica clínica. En el siguiente apartado se analizan las principales críticas al estado actual de la investigación en psicología clínica.

2.2 Problemas de la investigación en las Prácticas Psicológicas Basadas en la Evidencia.

Los problemas conceptuales y las limitaciones metodológicas de la investigación clínica promovida por el movimiento de la Práctica Psicológica basada en la Evidencia se pueden dividir en dos áreas interrelacionadas entre sí: los problemas en los sistemas de validación de las intervenciones y problemas en los estudios primarios. En este apartado, se asumen las diferencias entre los diferentes sistemas de validación; no obstante, las críticas conceptuales son compartidas por la mayoría de estos sistemas. Por otro lado, el término *estudio primario* refiere a cada uno de los estudios que aportan datos empíricos sobre la eficacia de una intervención. Al igual que con los sistemas de validación, se asume que no todos los estudios primarios son idénticos, sin embargo, la gran parte de los estudios comparten características metodológicas similares. Como se ha comentado, no existe una división clara entre los problemas en los sistemas de validación de las intervenciones y los problemas en los estudios primarios. Los problemas en uno pueden estar determinados por las limitaciones del otro. Es más, alguna de las críticas pueden ir en ambas direcciones. Por tanto, esta división sirve para articular la exposición de las principales críticas a la investigación clínica promovida por el movimiento de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia. Primero, se enumeran las principales críticas a los sistemas de validación, por ser estos los encargados de elegir qué estudios primarios son aceptados. Antes del análisis de las principales críticas se debe de reconocer que los sistemas de validación fueron creados en un contexto histórico en el que las características de los estudios más valorados y las capacidades técnicas de los investigadores determinaron las características de los protocolos de validación.

2.2.1 Problemas en los sistemas de validación de las intervenciones psicológicas eficaces.

En general, la comunidad científica señala la necesidad de incluir condiciones de exclusión al sistema de validación de las intervenciones psicológicas (Tolin et al., 2015). No incluir sistemas que de forma predeterminada combinen estas dos perspectivas (validación y exclusión) hace que los grandes sistemas de validación (APA y NICE) certifiquen diferentes intervenciones (David et al., 2018). De hecho, en la tabla 2.1 se puede ver cómo estos dos sistemas coinciden únicamente en 4 intervenciones de las 35 terapias validadas, por ambos organismos, para los diagnósticos de trastorno mental grave. Esta falta de consistencia entre sistemas aumenta las probabilidades de confusión entre diferentes profesionales y clientes sobre la toma de decisiones respecto al tratamiento apropiado para sus problemas y puede crear un efecto contrario al que se pretendía en el momento del establecimiento de los sistemas de validación. Sin embargo, los problemas

de los sistemas de validación son más profundos y en ocasiones las críticas se centran en aspectos conceptuales.

El movimiento de la Práctica Psicológica basada en la Evidencia ha sido generado en psicología clínica gracias a la influencia de un movimiento similar en medicina general (Forte et al., 2014; Yates, 2013; Zettle, 2020), por lo que, la influencia del modelo biomédico de enfermedad está en los orígenes de los sistemas de validación. Esta se puede ver en cuatro características generales que pueden ser apropiadas para la medicina, pero no lo son para la psicología clínica: (1) los sistemas no exigen que se haga explícita una teoría psicológica, (2) los sistemas están centrados en diagnósticos psiquiátricos, (3) las intervenciones deben contar con un protocolo de actuación fijo (en otras palabras, necesidad de un manual de intervención) y (4) los sistemas no tienen la capacidad de asumir las variables contextuales que pueden afectar a las intervenciones.

Si una intervención ha mostrado eficacia, no se evalúa la teoría psicológica que subyace al cambio clínico (David et al., 2018; Tolin et al., 2015). De hecho, no hay ningún tipo de limitación propuesta para excluir teorías psicológicas cuyos fundamentos no sean científicos. Por ejemplo, varias intervenciones fundamentadas en teorías psicoanalíticas han sido reconocidas como eficaces por los sistemas de validación. Quizás el movimiento de la *medicina basada en evidencia* no necesitaba en sus orígenes que se estableciese una teoría del éxito terapéutico, ya que la gran parte de la medicina occidental comparte el modelo biomédico. Sin embargo, la psicología no está en ese punto de desarrollo y todavía existen teorías psicológicas que no comparten las bases filosóficas de la ciencia moderna. Por lo tanto, la combinación entre la existencia de perspectivas pseudocientíficas del estudio del comportamiento humano y la ausencia de condiciones de exclusión (p.ej. condiciones necesarias de una teoría científica subyacente a un tratamiento), aumenta la probabilidad de encontrar intervenciones validadas propuestas desde fundamentos pseudocientíficos. El estudio del comportamiento humano, en general, todavía es sensible a este tipo de explicaciones. Por lo tanto, el problema en este sentido es dual; por un lado, la ignorancia pasiva hacia las teorías psicológicas (sean científicas o no) y por otro lado la ignorancia activa a las prácticas pseudocientíficas, ya que estas son bien recibidas mientras hayan mostrado resultados. Este problema deriva en una falta de reconocimiento por parte de los investigadores y clínicos de los procesos de cambio conductual que subyacen al éxito terapéutico. Esto es similar a un desinterés por conocer el principio activo que hace que un analgésico funcione para reducir el dolor, mientras que la pastilla reduzca el dolor el

sistema la validará como efectiva. Entendemos que a principios de los años 50 el objetivo podría ser determinar si en realidad las intervenciones psicológicas eran efectivas; no obstante, las necesidades han cambiado y los sistemas deben ser sensibles a las teorías psicológicas subyacentes a la efectividad demostrada.

Otra de las influencias del modelo biomédico en los sistemas de validación es el requisito de que las intervenciones tengan que probar eficacia en el tratamiento de un diagnóstico específico (Chambless, 1993; Chambless & Hollon, 1998). En el capítulo anterior se analizaron los problemas que, desde una perspectiva analítico funcional, tiene la influencia de las nosologías psiquiátricas en la concepción de los problemas psicológicos. Con este requisito, los sistemas de validación perpetúan la necesidad de contar con sistemas diagnósticos de los trastornos psicológicos. Los problemas de validez de los trastornos psicológicos y la falta de datos científicos sobre la etiología biológica de los diagnósticos psiquiátricos (Deacon, 2013) deberían ser suficientes para descartar la necesidad de un diagnóstico para determinar si una intervención es efectiva para el tratamiento de un problema psicológico. En este punto, el requisito de un diagnóstico hace que los profesionales se fijen en las topografías de los problemas y no evalúen cuales son las variables contextuales de las cuales el problema psicológico es función. Pero no solamente esto afecta a los profesionales, sino que influye en la toma de decisiones de los investigadores que diseñan las intervenciones y en las ideas que el público general puede tener sobre una forma particular de comportamiento. Centrar las intervenciones en la topografía de la conducta y no en su función puede hacer incluso que la efectividad de esta intervención sea incluso menor a la estipulada, ya que, mismas topografías de una conducta pueden tener funciones diferentes dependiendo del contexto (Anderson, 2007; Beavers et al., 2013; Hanley et al., 2003; Iwata et al., 1994; Skinner, 1953a)

Además de requerir que una intervención esté dirigida a un diagnóstico psiquiátrico, estas intervenciones deben estar guiadas por un manual de tratamiento. Este requisito cristaliza aún más la actuación del profesional que debe estar centrada en la topografía de la conducta y no en la función. Por ejemplo, los manuales de intervención favorecen el cálculo de índices cuantitativos del seguimiento de un procedimiento. Tener la máxima puntuación en el seguimiento de un protocolo conlleva seguir el manual del tratamiento y puede implicar no atender a las necesidades reales de la situación práctica. Este argumento no es válido señalar los problemas de todos los tipos de manuales de intervención, sino que es una crítica a los manuales *a priori*; que lo son para un conjunto de topografías de las que se desconoce su función (Zettle,

2020). Así mismo, la formación de los profesionales no debería estar guiada a mejorar el cumplimiento de un profesional de los requisitos de un protocolo, si no a ser capaces de resolver problemas en situaciones reales en las cuales una evaluación de los factores contextuales juega un papel fundamental. Esta perspectiva, conocida como *protocolos para síndromes* (Hayes et al., 2019), no solamente afecta a la formación de los terapeutas, sino que, como veremos, afecta directamente al diseño de los estudios de investigación primarios.

Por último, los sistemas de validación de prácticas clínicas eficaces necesitan protocolos para asegurarse de que se incluye una evaluación de las influencias culturales generales que afectan a eficacia de las intervenciones (Tolin et al., 2015). Si los argumentos anteriores estaban centrados en la falta de análisis de la función de los problemas psicológicos a nivel individual, este argumento está dedicado a la falta de sensibilidad a las variables culturales que puede modificar la eficacia de una intervención. Los sistemas de validación deberían tener en cuenta las diferencias entre, por ejemplo, la riqueza de los países o comunidades donde se llevan a cabo, las diferencias en las prácticas culturales propias de cada población y el nivel de desarrollo del sistema educativo en esa región. Normalmente los estudios primarios son llevados a cabo en sociedades occidentales, con altos niveles de industrialización, con altos estándares en sus sistemas de educación, con gran poder adquisitivo y con un régimen democrático⁹. Estas no son unas condiciones que permitan una generalización de la efectividad de los resultados de una intervención a diferentes poblaciones ya que la mayor parte de la población mundial no vive en estas condiciones ni en estos contextos culturales (Muthukrishna et al., 2020).

2.2.2 Problemas de los estudios primarios.

Si bien los investigadores deben de elegir el diseño experimental adecuado para sus objetivos, en la investigación clínica, además, deben tener en cuenta los diseños experimentales aceptados por los sistemas de validación. Los ensayos clínicos aleatorizados (*Randomized Controlled Trials*; RCT) se han convertido en el diseño experimental preferido (*gold standard*) por las agencias de validación de

⁹ *WEIRD societies* es el término acuñado para referirse estas sociedades y a la investigación relacionada con esta población; leer Henrich et al. (2010) y Muthukrishna et al. (2020) para una revisión histórica del término y sus implicaciones en psicología.

intervenciones clínicas. Pese a las grandes virtudes metodológicas para reducir sesgos del experimentador, los ensayos clínicos aleatorizados no están exentos de limitaciones (Kaplan et al., 2011). Además, los ensayos clínicos aleatorizados no tienen las mismas cualidades metodológicas en la investigación clínica del efecto de los tratamientos farmacológicos que en las intervenciones psicológicas (Boutron et al., 2008), sus limitaciones se ven acentuadas en este tipo de investigación. Este apartado está dedicado a exponer las principales limitaciones del uso de ensayos clínicos aleatorizados como *gold standard* en psicología clínica. En general, estas críticas se pueden dividir en tres grupos: (1) limitaciones de los diseños inter-grupales, (2) limitaciones de las comparaciones pre-intervención y post-intervención y (3) limitaciones de las medidas basadas en cuestionarios y/o autorregistros.

Los ensayos clínicos aleatorizados cuentan con un diseño intergrupar en el que se comparan los resultados de dos intervenciones en dos grupos (Boutron et al., 2008). En principio estos dos grupos deben ser homogéneos entre sí, por lo que los ensayos clínicos aleatorizados tienen criterios de elegibilidad estrictos. En psicología clínica, los criterios de elegibilidad representan un problema de validez externa y la asunción de homogeneidad un problema de validez interna. Como hemos comentado anteriormente, los diagnósticos psiquiátricos para los trastornos mentales tienen grandes problemas metodológicos como para considerarlos un constructo homogéneo (Deacon, 2013). Personas con un mismo diagnóstico pueden presentar diferentes topografías de problemas y cada uno de esos problemas pueden atender a diferentes funciones. Por ejemplo, una persona diagnosticada de esquizofrenia puede presentar alucinaciones auditivas mantenidas por reforzamiento positivo y otra persona puede presentar alucinaciones auditivas mantenidas por reforzamiento negativo; por otro lado, una persona puede estar diagnosticada de esquizofrenia cuando su principal problema son las alucinaciones auditivas y otra cuando su principal problema son verbalizaciones delirantes. Por tanto, es improbable que los grupos en un ensayo clínico aleatorizado sean homogéneos. Para incrementar la homogeneidad de los grupos, los investigadores usan criterios de elegibilidad, mediante los cuales excluyen a participantes del experimento. Mediante estos criterios, se excluyen personas que tienen más de un diagnóstico y/u otros problemas no relacionados con el diagnóstico, sin embargo no se reduce heterogeneidad entre los miembros del grupo y se reduce la validez externa del estudio (Kaplan et al., 2011), ya que se excluye a personas que representan problemas similares a los que los psicólogos clínicos se van a enfrentar en su consulta.

Por otro lado, en los ensayos clínicos aleatorizados el análisis de datos depende de una comparación entre los resultados de los grupos. Esta forma de estimar la eficacia de una intervención asume que la síntesis de los resultados grupales es más apropiada que el análisis individual de cada caso y que las diferencias estadísticas entre los grupos implica una mejoría clínica (Ranganathan et al., 2015). El principal problema con la síntesis de los resultados del grupo es asumir que el grupo es el sujeto de las intervenciones. Las intervenciones psicológicas se dan a nivel individual y el grupo no es el sujeto del tratamiento. De hecho, normalmente en la síntesis de resultados grupales se suman los resultados de los participantes que han mostrado mejorías con los resultados de los participantes que no han mostrado ningún cambio o han tenido peores resultados. Esto puede dar una visión sesgada de los resultados, ya que de forma general la intervención puede haber funcionado para ciertos individuos, pero no ha funcionado para todos los individuos del grupo. La síntesis de los resultados grupales ignora estos resultados y no se analiza por qué la intervención no ha sido efectiva en estos casos (McLeod, 2013). Aparte, los cambios en los resultados derivan de una comparación estadística entre las puntuaciones previas a la intervención (medidas pre-) y las puntuaciones tras la intervención (medidas post-), aunque existan diferencias significativas entre estas puntuaciones no se debería asumir que hay mejoría clínica a nivel individual. Para ello se necesitan tomar medidas adicionales que normalmente no son incluidas en los estudios primarios (Kaplan et al., 2011; Ranganathan et al., 2015).

A su vez, las comparaciones únicamente basadas en las medidas pre- y post-intervención no tienen en cuenta la evolución de los datos en fases intermedias (McLeod et al., 2013). Este tipo de medidas hacen que se pierda información relevante sobre los procesos de cambio conductual que subyacen al éxito terapéutico. Por ejemplo, con este tipo de medidas no se pueden conocer los procesos que han seguido las puntuaciones a lo largo del tiempo. Como se discute en el siguiente capítulo, el estudio de los procesos es necesario para conocer la evolución del caso y así tener una mejor evaluación general del mismo. Sin embargo, este no es el principal problema de la medición en los ensayos clínicos aleatorizados en psicología. Normalmente, en este tipo de estudios, los resultados son medidas en diferentes cuestionarios y/o autorregistros. Pese a que estos cuestionarios estén validados en una población determinada, los problemas metodológicos de las medidas indirectas de conductas no deben ser ignorados (Hussey & Hughes, 2020). Por ejemplo, la correlación tiende a ser baja entre los datos obtenidos entre los cuestionarios y/o autorregistros y los datos obtenidos mediante la observación directa de la conducta objetivo. Por tanto, el uso de cuestionarios y autorregistros reduce el nivel de control experimental sobre la conducta objetivo. A

su vez, las investigaciones basadas en los resultados de cuestionarios tienden a asumir que los resultados de sus mediciones y el constructo psicológico que los subyace son la misma entidad. Esto supondría una limitación en el caso de cuestionarios dirigidos a medir el grado de gravedad de un diagnóstico psiquiátrico. El abandono de la observación directa de la conducta por las medidas resultantes de los cuestionarios y autoinformes puede tener consecuencias directas en la replicabilidad de los resultados y en el progreso general de la psicología como ciencia natural (Baumeister et al., 2007; Van Dam et al., 2018).

En resumen, los sistemas de validación de intervenciones psicológicas y los estudios primarios diseñados para medir la eficacia de los tratamientos cuentan con problemas conceptuales y limitaciones metodológicas que comprometen la validez de las Prácticas Psicológicas Basadas en la Evidencia. Varios autores han discutido cómo resolver estos problemas mediante un cambio de paradigma, que conserve los objetivos del movimiento de la práctica psicológica basada en la evidencia científica, pero que supere las limitaciones actuales de los sistemas de verificación. Este cambio de paradigma debe ir acompañado, no solamente de un cambio en las prácticas de investigación, si no por una nueva perspectiva teórica de los problemas psicológicos alejada del modelo biomédico de enfermedad mental (Deacon, 2013; Zettle, 2020).

2.3 Respuesta a los problemas de la investigación en psicología clínica actual.

Solucionar los problemas conceptuales y clínicos que comprometen las principales prácticas en la investigación en psicología clínica es uno de los objetivos del movimiento de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia. En este apartado, se resumen las principales propuestas a los problemas planteados anteriormente, tanto para los sistemas de validación como para los estudios primarios. También, se analizan las implicaciones que conllevaría la aplicación práctica de estas propuestas.

En primer lugar, los sistemas de validación de intervenciones deberían ser sensibles a las teorías psicológicas sobre las que se fundamentan las intervenciones (Tolin et al., 2015), al menos en dos direcciones: deberían requerir que la teoría tenga una exposición clara sobre la conceptualización de los problemas psicológicos y sus causas; y deberían exponer los principios de cambio que expliquen los resultados encontrados. En el modelo biomédico de enfermedad, las diferentes patologías se deben a un problema a nivel bioquímico que explica los síntomas. Por ejemplo, la enfermedad COVID-19 está generada por la presencia, en el organismo, del virus SARS-CoV-2. Sin embargo, las ciencias del comportamiento aún no han llegado a tener un paradigma ampliamente aceptado y estable para conceptualizar los problemas

del comportamiento y las variables que los mantienen. No obstante, los sistemas de validación deberían rechazar los estudios que no propongan ninguna teoría de los problemas psicológicos y sus causas. Y a su vez, independientemente de la teoría psicológica que fundamente el estudio, se deberían evaluar los datos empíricos que apoyen la teoría expuesta por los autores de los estudios primarios y, por otro lado, la teoría debería tener coherencia con la intervención y los principios de cambio en el comportamiento de los clientes. Estos criterios deberían exigirse para la validación de los resultados de una intervención, de lo contrario, estaríamos aceptando resultados científicos sin una teoría formal de los mismos (Kazdin, 2009).

Otro de los posibles beneficios de requerir a los estudios primarios una teoría evaluable del cambio conductual sería la reducción de las *intervenciones de marca registrada*¹⁰. Si se deja de lado la evaluación de protocolos cerrados bajo el nombre de una intervención y se empiezan a evaluar los procesos de cambio relacionados con una explicación teórica concreta (p.ej. los principios de aprendizaje que los hacen posibles), podríamos pasar de un listado de *intervenciones de marca registrada* a un análisis de los procedimientos que ponen en marcha procesos de cambio. Estos procesos de cambio son comunes a las diferentes intervenciones de marca registrada, por lo que el número éstas se reduciría y los profesionales podrían contar con una lista de procedimientos asociados a procesos de cambio que serviría como una herramienta más precisa (Barnes-Holmes et al., 2020; Froján-Parga, 2011; McLeod et al., 2013; Scott & Cooper, 2017)

Por otro lado, los sistemas de validación deberían aceptar estudios de caso como fuente de datos sobre la eficacia de una determinada intervención. Los últimos desarrollos en metodologías relativas a los estudios de caso han hecho posibles mejoras significativas el diseño intra-sujeto y en la síntesis de los resultados de diferentes estudios de caso (Flyvbjerg, 2006; Hedges et al., 2013; Iwakabe & Gazzola, 2009; Pustejovsky, 2018a). Por tanto, la inclusión de este tipo de estudios ampliaría el espectro de los trabajos que pueden aportar datos de la eficacia y, así, superar algunas de las limitaciones de los resultados generados por la comparación de puntuaciones entre grupos típicas de los ensayos clínicos aleatorizados (Kaplan et al., 2011). El análisis de casos permite una investigación ideográfica que facilita el análisis de las características del cliente, las variables culturales, la evaluación funcional de los problemas psicológicos y la medida de los procesos de cambio conductual a nivel individual (Hayes et al., 2019). El estudio de las características del cliente y las variables culturales hace posible que la validez externa de los estudios aumente, ya que no

¹⁰ Del término *named therapies* o *trademark psychotherapy* (Gimeno Peón et al., 2018).

se excluyen por defecto casos dentro de los análisis. A su vez, este tipo de estudios permite, no solamente evaluar los resultados de la intervención en el cliente, sino que también analizar cómo los psicólogos clínicos se adaptan a las diferentes variables disposicionales de los clientes.

El análisis individual de los casos permite que los sistemas de validación de las terapias se puedan separar de la perspectiva *protocolos para síndromes* derivada de la influencia del modelo biomédico, gracias a la evaluación individual de los problemas psicológicos. Esta implica uno de los mayores cambios dentro del movimiento de la *Práctica Psicológica Basada en la Evidencia*. En las evaluaciones individuales, el diagnóstico del cliente carece de relevancia, ya que la investigación no tiene como objetivo crear grupos homogéneos de clientes, si no en evaluar las características individuales del caso. Aparte, se resta importancia a la topografía de las conductas (los diferentes síndromes y nosologías psiquiátricas son un compendio de topografías), el terapeuta puede realizar un análisis funcional de los problemas psicológicos que presenta el cliente. El análisis funcional nos permite conocer las variables ambientales de las cuales la conducta del cliente es función, y, por lo tanto, nos permite diseñar intervenciones basadas en el resultado de la evaluación. De esta forma se podrían superar varias limitaciones de los estudios primarios: (1) asociar los resultados de la evaluación con el tratamiento, (2) elegir los procedimientos tras conocer la función de la conducta problema, ya que no son dependientes del diagnóstico y (3) justificar la elección de técnicas de intervención a través de los principios y leyes de aprendizaje que subyacen al cambio terapéutico (Scott & Cooper, 2017). Las evidencias indican que conocer la función de una respuesta o clase de respuestas mejora el resultado de las intervenciones, ya que el tratamiento puede ser diseñado con datos empíricos de las variables contextuales del problema (Madden et al., 2016). Esto implica reconocer que la topografía de una conducta no predice su función, que el análisis funcional es individual y que el terapeuta necesita conocer las prácticas culturales de la comunidad en el que la persona vive (Madden et al., 2016)

Además, el análisis individual permite la evaluación de cada caso a lo largo del tiempo. Los diseños intra-sujeto necesitan de una línea-base estable que permita ver los efectos del tratamiento, por lo que la evaluación de estos estudios implica normalmente varias mediciones (Kazdin, 2006). Así mismo, durante el tratamiento se toman medidas de las variables dependientes de cada estudio, así se puede obtener un análisis de los procesos de cambio. La comparación de las puntuaciones pre- y post-intervención no permiten un análisis de las tendencias de las puntuaciones de los clientes en cada sesión, de esta forma se está perdiendo información relevante, que puede ayudarnos a ver la evolución momento a momento del

caso y predecir los resultados de la intervención. A su vez, los diseños intra-sujeto, permiten variaciones experimentales durante la intervención. Por ejemplo, si la variable dependiente no evoluciona según lo deseado, pueden ejercer cambios en las variables independientes con la intención de producir el cambio deseado y aumentar las probabilidades de que la intervención sea exitosa. Otra de las características destacables del uso de los diseños intra-sujeto es el cálculo de los tamaños del efecto de la intervención. Si bien en los diseños grupales se calcula el tamaño del efecto gracias a la comparación de las puntuaciones de los participantes de cada grupo, en los últimos años ha habido un gran desarrollo del cálculo del tamaño del efecto en diseños intra-sujeto que permite calcular con precisión el efecto de una intervención comparando los resultados de la misma persona en diferentes momentos de la intervención (Barnard-Brak et al., 2020; Odom et al., 2018; Pustejovsky, 2015; Tarlow, 2017). Antes de los desarrollos para el cálculo del efecto en diseños intra-sujeto el análisis del tamaño del efecto recaía en un análisis visual de la distribución de los datos. Aunque estos análisis visuales siguen siendo útiles, el uso de técnicas cuantitativas del tamaño del efecto en diseños intra-sujeto permite realizar síntesis cuantitativas de los resultados (Pustejovsky, 2018a; Shadish et al., 2014).

Por último, una de las posibles limitaciones de las propuestas enfocadas al análisis individual de los casos y la síntesis de estos es la dificultad de crear manuales de las intervenciones. Por ahora, aportar un manual es un requisito indispensable para que las intervenciones sean validadas. Si bien un manual facilita el cálculo cuantitativo de índices de fidelidad con el que un terapeuta ha aplicado la intervención y facilita la formación de terapeutas, una intervención basada en el resultado del análisis funcional de la conducta del cliente difícilmente puede ser descrita *a priori* en un manual, ya que la potencia de este tipo de análisis es la toma de decisiones clínicas a partir de los datos resultantes de cada caso. Sin embargo, dentro de la comunidad analítico funcional se han hecho propuestas sobre cómo crear manuales *post hoc* que puedan ayudar al profesional clínico en el proceso de toma de decisiones a partir de los datos obtenidos en la evaluación (Zettle, 2020). Aun así, la formación en los principios básicos de cambio conductual siempre será más costosa que el entrenamiento en un protocolo determinado. No obstante, se asume que este mayor coste puede conllevar mayor beneficio (Hayes & Hofmann, 2018), ya que los profesionales tendrían las herramientas necesarias para tomar decisiones en situaciones que no estén especificadas en el protocolo de la intervención.

2.4. Puesta en práctica de las recomendaciones

Durante el desarrollo de este trabajo, siguiendo varias de las recomendaciones anteriores, se ha realizado una síntesis cuantitativa de estudios de caso para el tratamiento de problemas relacionados con los trastornos mentales graves (Froján-Parga et al., 2019). El propósito de este apartado es exponer, al menos, un ejemplo de la puesta en práctica de las recomendaciones anteriores. Se pretende mostrar así que las sugerencias de cambio en la investigación en psicología clínica, lejos de ser abstractas y de pertenecer a un futuro lejano, son factibles a corto plazo y generan datos prácticos sobre el tratamiento de problemas psicológicos.

2.4.1 *Análisis de Froján-Parga et al. (2019).*

La cuestión principal que pretende resolver el trabajo es conocer qué intervenciones son eficaces para el tratamiento de conductas problema directamente relacionadas con las enfermedades mentales graves. En concreto, estas conductas problema son las alucinaciones, los delirios y el habla desorganizada. Siguiendo las recomendaciones anteriores, la búsqueda de datos de la eficacia de las intervenciones no fue guiada por ningún tipo de diagnóstico. Este tipo de conductas problema son transversales a varios diagnósticos psiquiátricos bajo la etiqueta de trastorno mental grave. Por otro lado, en los trabajos primarios la teoría sobre los problemas psicológicos y principios de cambio, la evaluación, la intervención y los resultados debería estar íntimamente relacionados entre sí. Como hemos visto anteriormente, esta coherencia entre teoría y procesos de cambio es un factor fundamental para el desarrollo de un nuevo paradigma de investigación (Hayes et al., 2019; Hayes & Hofmann, 2018; Tolin et al., 2015). Cumpliendo con este requisito, se realizó una búsqueda de intervenciones basadas en un análisis funcional de las conductas problema que contasen con un diseño intra-sujeto que permitiese analizar los procesos de cambio clínico durante el tratamiento. Tras la búsqueda en diferentes bases de datos¹¹, 23 estudios cumplían con los requisitos para ser incluidos. En todos estos trabajos la intervención estaba basada en el análisis funcional de las diferentes conductas problema y cerca de un 50% de los trabajos añadían información sobre el incremento de conductas apropiadas. Por tanto, aunque el principal objetivo de los estudios fuese reducir las conductas problema, en gran parte de ellos se aportaban medidas de la efectividad del tratamiento en

¹¹ Para detalles metodológicos consultar el preregistro del protocolo de búsqueda sistemática del trabajo en PROSPERO: https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?RecordID=86880

otras conductas. La síntesis de los resultados de los diferentes estudios se realizó gracias a los avances metodológicos generados por el desarrollo del índice del tamaño del efecto basado en el Log Response Ratio (LRR), diseñado específicamente para el cálculo del tamaño del efecto en este tipo de estudios. Además, este estimador del tamaño del efecto permite sumar los resultados de diferentes artículos y hacer posible una síntesis cuantitativa de los resultados (Pustejovsky, 2018a). Tras el cálculo del tamaño del efecto y el meta-análisis de los resultados de los tratamientos se pudo concluir que estas intervenciones habían resultado eficaces para reducir las alucinaciones, delirios y habla desorganizada presentadas por los clientes (LRRd¹²: 1.26; (p < .001); 95% CI: [-0.959, -1.56]) (Froján-Parga et al., 2019).

En resumen, este trabajo muestra una integración cuantitativa de diferentes tratamientos para problemas relacionados con un diagnóstico, con una teoría de los procesos de cambio que fundamenta la evaluación, la intervención y la interpretación de los resultados. En definitiva, se muestra que este tipo de síntesis de estudios con diseño intra-sujeto puede aportar datos sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas. Se ha elegido este trabajo porque precisamente fue realizado durante el desarrollo de esta tesis doctoral; no obstante, en la literatura se pueden encontrar otras síntesis de estudios de caso (p.ej. Hurl et al., 2016; Saini et al., 2020; Singh & O'Brien, 2018) y estudios primarios (p.ej. Hartz et al., 2020; Kuntz et al., 2020) que también sirven como ejemplo de la puesta en práctica de las recomendaciones de un cambio de paradigma en la búsqueda de datos sobre la eficacia de las intervenciones en psicología clínica. Estos trabajos abren nuevas vías en el desarrollo de la investigación en la psicología clínica.

2.5 Conclusiones: Práctica Psicológica Basada en Principios, Procesos y Resultados.

Desde sus inicios el movimiento de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia ha cambiado la psicología clínica. Gracias a este movimiento se han creado sistemas de validación de intervenciones que certifican los datos aportados por los tratamientos dirigidos a un problema psicológico y se han elevado los estándares de calidad de los estudios primarios que tienen como objetivo generar los datos de eficacia. La Práctica Psicológica Basada en la Evidencia es un movimiento científico que implica un proceso continuo de búsqueda de la eficacia de las intervenciones psicológicas. Como práctica científica, está sujeta a una

¹² El *Log Response Ratio decreasing* (LRRd) es una variación del LRR para intervenciones dirigidas a la reducción de conductas problema.

constante reevaluación de las teorías que sustentan el movimiento, a un análisis de los datos empíricos y al desarrollo de nuevas técnicas de investigación. De esta forma, en los últimos años, la comunidad científica ha revisado varias características fundamentales de este movimiento y se han realizado sugerencias de cambio que apuntan a la creación de un nuevo paradigma para el movimiento de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia.

Actualmente, los principales problemas de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia tienen relación con la falta de evaluación de las teorías psicológicas que sustentan las intervenciones, con el uso de las categorías diagnósticas como entidades naturales, con la creación de intervenciones *a priori* para un diagnóstico específico, con la comparación de datos grupales sin evaluación de las características individuales de los casos y con un enfoque únicamente interesado por los resultados, no por los procesos de cambio que han dado lugar al cambio clínico. Estas características, que han sido importadas del movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia, no son apropiadas para la investigación en psicología clínica. Como se ha comentado, la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia necesita evaluar los datos empíricos que fundamentan las teorías psicológicas. Debido a la naturaleza de nuestro campo de estudio, aún no contamos con una teoría psicológica aceptada por todos los profesionales y como disciplina estamos expuestos a explicaciones pseudocientíficas de los resultados de las intervenciones. A su vez, necesitamos un enfoque ideográfico en la investigación clínica que sea capaz de analizar las características de cada caso. Si bien los estudios grupales son útiles, los desarrollos técnicos en los estudios de caso hacen que estos sean herramientas apropiadas para generar datos a nivel individual con buena validez externa e interna. Entre las mejoras metodológicas de los estudios de caso destacan los acuerdos generales para efectuar estudios con diseños intra-sujeto (Kratochwill et al., 2010a); cálculos específicos del tamaño del efecto (Shadish et al., 2014); y síntesis de datos cuantitativos de estudios de caso (Odom et al., 2018; Pustejovsky, 2018a). Por otro lado, el énfasis en el análisis de los resultados debería ir acompañado con una investigación de los principios y procesos de cambio conductual que los subyacen. El análisis experimental y aplicado de los principios y procesos de cambio favorecerá el esclarecimiento de los principios activos que explican el éxito terapéutico. Así mismo, el abandono de los diagnósticos psiquiátricos, por falta de validez y problemas de homogeneidad, facilitaría que la evaluación estuviese centrada en la función de los problemas psicológicos y no en su forma. La combinación de una evaluación funcional y una intervención basada en los principios y procesos de cambio relacionados con el resultado de la evaluación supone un cambio en el paradigma de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia centrada en la validación de *protocolos para síndromes*. Este

cambio de paradigma abre camino para un futuro con menos *intervenciones de marca registrada*, más análisis de caso con diseños intra-sujeto, en el que se especifiquen los procesos de cambio y se superen las barreras que separan la investigación en condiciones controladas (laboratorios) con los resultados obtenidos en la práctica clínica.

3

Análisis Clínico de la Conducta: principios y procesos de control verbal del comportamiento

En los últimos años se han planteado e intentado responder varias cuestiones fundamentales sobre las intervenciones psicológicas. ¿Son eficaces las intervenciones? ¿Qué tratamiento está recomendado para un determinado problema? Ahora sabemos que las intervenciones psicológicas, en general, son eficaces, efectivas y eficientes (Agterén et al., 2021). También se ha establecido qué intervenciones psicológicas están especialmente recomendadas para solucionar diferentes problemas psicológicos (p.ej. problemas relacionados con los trastornos mentales graves, problemas de estado de ánimo, problemas de dolor crónico, etc.). Sin embargo, aún se necesita dar respuesta a otra cuestión esencial sobre las terapias psicológicas: ¿Por qué funcionan las intervenciones psicológicas? (Wampold & Imel, 2015). La *investigación de procesos* engloba todos los trabajos que tienen como objetivo responder esta cuestión. En este tipo de trabajos se pueden reconocer dos paradigmas de investigación: la *investigación en factores específicos*, centrada en el estudio de los procedimientos que hacen eficaz a una intervención (McLeod et al., 2013); y la *investigación en factores inespecíficos*, centrada en el análisis de las características que comparten las intervenciones eficaces (Cuijpers et al., 2019). La *investigación en factores inespecíficos* parte del consenso sobre la existencia de varios factores comunes a todas las intervenciones psicológicas que explican su eficacia. Ambos paradigmas unen trabajos realizados desde diferentes perspectivas teóricas y aún no se ha llegado a un consenso general sobre la definición de términos básicos como: *procesos*, *factores específicos* o *factores comunes*. La falta de consenso sobre conceptos básicos, la diversidad teórica y la división arbitraria entre *factores específicos* y *factores inespecíficos* son tres de los problemas que la investigación en psicología clínica debe de superar antes de poder dar respuesta a por qué funcionan las intervenciones psicológicas. Frente a los problemas derivados de la segmentación arbitraria entre la investigación en *factores específicos* y *factores inespecíficos* de los tratamientos y la diversidad teórica en ambos paradigmas, se propone una

investigación clínica analítico funcional, centrada en el análisis de los principios y procesos de aprendizaje que explican los cambios conductuales derivados de la práctica clínica.

Por lo tanto, este capítulo persigue varios objetivos: (1) realizar una revisión de las investigaciones en *factores específicos* y *factores no específicos* de las intervenciones clínicas (2) resaltar el papel del Análisis Clínico de la Conducta en la investigación en psicología clínica y (3) analizar los principios, procesos y procedimientos de control verbal que explican el efecto de la interacción verbal entre terapeuta y cliente en la conducta del cliente fuera y dentro de sesión. Para ello el capítulo se ha dividido en tres partes. En la primera se definen las características de las investigaciones dedicadas al análisis de los *factores específicos* y *factores inespecíficos* de las intervenciones psicológicas y se exponen las principales críticas a ambos paradigmas desde una perspectiva analítico funcional. Después se presentan las principales características del Análisis Clínico de la Conducta y su relevancia en el estudio de los procesos de cambio conductual que subyacen a los resultados de las intervenciones psicológicas. Por último, se expone una síntesis del estado actual de la investigación en principios y procesos de control verbal de la conducta que suponen una base teórica y empírica relevante para conocer los mecanismos de cambio conductual que explican por qué funcionan las intervenciones psicológicas.

3.1 Principales perspectivas en la investigación de procesos

Como se ha expuesto en el anterior capítulo, las intervenciones psicológicas han mostrado ser eficaces para el tratamiento de diversos problemas psicológicos. Sin embargo, *saber qué* intervenciones psicológicas funcionan, no implica *saber por qué* funcionan (Froján-Parga, 2011). La pregunta “¿Por qué son eficaces las intervenciones psicológicas?” ha dado lugar a variedad de trabajos teóricos y empíricos que se conocen, de forma general, como *investigación de procesos*. Estos se pueden dividir en dos grandes paradigmas: la *investigación en factores específicos* y la *investigación en factores inespecíficos*. Aunque ambos paradigmas tienen como objetivo analizar por qué diferentes intervenciones psicológicas son eficaces, la *investigación de factores específicos* y el análisis de los *factores inespecíficos* difieren tanto en la perspectiva teórica como en los métodos de investigación. La *investigación en factores específicos* se enfoca en el análisis de los mecanismos y procesos de cambio que subyacen a las formas de actuación específicas de cada intervención. En cambio, el estudio de los *factores inespecíficos* se centra en analizar las características comunes existentes en las intervenciones psicológicas eficaces.

La *investigación de procesos* ha ido evolucionando desde principios de los años 30 (Rosenzweig, 1936) gracias al esfuerzo de varios grupos de investigación que han ayudado al desarrollo de una alternativa a la *investigación de resultados* (una revisión histórica se puede encontrar en Fishman et al., 2011; Wampold & Imel, 2015). El siguiente apartado está dedicado a revisar las principales perspectivas actuales en la investigación de los factores específicos y en el análisis de los factores inespecíficos.

3.1.1 Investigación en el análisis de los factores específicos

Como se ha comentado anteriormente, el análisis de los factores específicos tiene como objetivo conocer qué componentes de una intervención explican su eficacia¹³. La constatación empírica de la eficacia de varias intervenciones psicológicas para resolver los problemas psicológicos de las personas supone el punto de partida histórico de este paradigma (Luborsky et al., 1975). De acuerdo con una revisión actual de las metodologías de este tipo de investigación, en la investigación centrada en el análisis de *factores específicos* destacan cuatro líneas de investigación: la *investigación de los mecanismos de cambio*, la *investigación centrada en el paciente*, el *análisis conversacional* y la investigación sobre la *rememoración de los procesos interpersonales*¹⁴ (Rhodes, 2012). La *investigación de los mecanismos de cambio* tiene como objetivo identificar las variables mediadoras que explican el cambio en el comportamiento de los clientes. Este tipo de investigación sigue la definición clásica de variable mediadora, definida como un tercer tipo de variable que puede explicar la relación entre una variable independiente y un resultado (Baron & Kenny, 1986). En este caso, la variable independiente sería el tratamiento, el mediador sería el componente específico de la intervención responsable de la efectividad de esta; y el resultado serían los datos empíricos de cada caso (Kazdin, 2007). Las variables mediadoras no tienen una naturaleza definida, pueden ser procedimientos específicos (p.ej. extinción), factores generales de la intervención (p.ej. lugar en el que se da la terapia) o características del individuo (p.ej. edad del participante). Por ejemplo, los factores específicos de la intervención en anorexia

¹³ Se usa el término *eficacia* para hacer referencia a la síntesis de los datos empíricos aportados por un tipo de intervención de forma general. Sin embargo, se reconoce que *Eficacia* hace referencia a los resultados de ensayos clínicos aleatorizados, con terapeutas expertos siguiendo el protocolo de una intervención y *Efectividad* a los resultados de estudios que evalúan de forma general el funcionamiento de los tratamientos en la práctica profesional fuera del laboratorio (David et al., 2018).

¹⁴ *Interpersonal Process Recall*.

nerviosa desde el modelo Maudsley analizados fueron: control parental de la conducta anoréxica, unidad parental, capacidad de externalización de la enfermedad, capacidad de gestión de críticas y la ayuda recibida por el hermano del participante (Rhodes, 2012). Por otro lado, dentro de este tipo de estudios también están los trabajos que centran sus esfuerzos en comparar los resultados de un protocolo quitando uno de sus componentes (p.ej. reestructuración cognitiva). A este procedimiento se le conoce como diseño de desmantelamiento (Maciá et al., 1993) y es uno de los diseños con mayor aceptación en la investigación de los factores específicos (Wampold, 2015).

La *investigación centrada en el paciente* tiene como objetivo analizar la evolución del paciente durante el tratamiento psicológico (Howard et al., 1996). Para ello se propone el uso del Índice de Salud Mental (Mental Health Index; MHI) como un criterio general para evaluar el progreso de una persona bajo tratamiento psicológico. La idea fundamental de este tipo de investigación es calcular el MHI durante diferentes momentos de la intervención para ver cómo evoluciona respecto a evaluaciones anteriores y resultados poblacionales (Lutz, 2003). Las mediciones normalmente se realizan con el cuestionario SF-36 o el OQ-45 (Friedman et al., 2005; Lambert, 2007). De esta forma, miden la eficacia comparada de la intervención y el efecto que tiene en el cliente. A su vez, en este tipo de estudios normalmente se incluyen en el análisis las características individuales de la persona (p.ej. tipo de diagnóstico, género, edad, nivel educativo, etc.) y se comparan los resultados con poblaciones similares (Rhodes, 2012). Aparte, en los últimos años con el uso de modelos jerárquicos lineales se ha podido predecir la evolución de las puntuaciones en las siguientes sesiones (Lambert, 2007).

Por otro lado, *el análisis conversacional y la investigación sobre los procesos interpersonales* se centran en los cambios producidos dentro de sesión mediante el análisis de diferentes eventos ocurridos en sesión. El *análisis conversacional* parte de la premisa de que existen diferentes estructuras de interacción en las personas que llevan a las personas a comunicar significados y a conseguir determinados objetivos (Rhodes, 2012). Este análisis de las conversaciones entre terapeuta y cliente (aunque ha sido aplicado en otros contextos) cuenta con métodos observacionales de investigación cuantitativos y cualitativos (Peräkylä, 2004a) y no debe ser confundido con *el análisis del discurso* del que se deriva una crítica postmodernista del positivismo lógico (Rhodes, 2012). Existe una gran diversidad de perspectivas metodológicas dentro del análisis conversacional, en un extremo del espectro podríamos situar los estudios cuantitativos que cuentan con sistemas de registros observacionales cerrados y en el otro extremo del espectro estudios cualitativos con sistemas de observación abiertos e individuales para cada caso. Lo mismo ocurre con las perspectivas

teóricas; si bien dentro de los análisis conversacionales las teorías psicodinámicas tienen especial relevancia (Peräkylä, 2004b), las perspectivas construccionistas han desarrollado trabajos dirigidos a analizar los procesos de la conversación en terapia de grupo (Peräkylä, 2004a; Rhodes, 2012).

La investigación centrada en la *rememoración de los procesos interpersonales* se cataloga dentro de la investigación de los factores específicos porque tiene como objetivo estudiar las causas de la toma de decisiones del terapeuta y del cliente. Este tipo de investigación tiene un marcado carácter cognitivo ya que sitúa las causas de las conductas del terapeuta y del cliente en sus sentimientos y pensamientos (Cashwell, 1994; Kagan et al., 1963). Este tipo de investigación centra sus análisis en una entrevista con el terapeuta en la que el supervisor le muestra una grabación de la sesión que acaba de suceder. El supervisor centra sus esfuerzos en acceder a las experiencias individuales conscientes que aún no han sido verbalizadas por parte del terapeuta e investigar la relación entre estas y la toma de decisiones terapéutica (una completa revisión de la metodología empleada se puede encontrar en Larsen et al., 2008). De esta forma se intentan estudiar los procesos personales que afectan a la actuación del terapeuta y así realizar un entrenamiento individual a cada terapeuta para una toma de decisiones terapéutica consciente (Larsen et al., 2008). Este tipo de investigación se ha utilizado recientemente, entre otras aplicaciones, para mejorar la consciencia multicultural de los terapeutas (Ivers et al., 2017) o para mejorar el rendimiento de los profesores en el desarrollo académico de sus alumnos (Wass & Moskal, 2017).

3.1.2 Investigación en el análisis de los factores inespecíficos

Como se ha comentado anteriormente, el análisis de los factores inespecíficos (también conocidos como factores comunes o factores universales) tiene como objetivo conocer la relación entre determinadas características comunes a todas las intervenciones psicológicas y la eficacia generada por estas intervenciones (Cuijpers et al., 2019). En este tipo de investigación se pueden distinguir tres tipos de aproximaciones: el *eclecticismo técnico*, la *integración teórica* y la *teoría de los factores comunes* (Arkowitz, 1992; Wampold & Imel, 2015). El *eclecticismo técnico* surge del descontento generado por las luchas entre diferentes modelos terapéuticos (Benito, 2018) y parte de una posición ateórica sobre la terapia psicológica. El *eclecticismo técnico* implica una forma de proceder en la que el investigador o el terapeuta usan procedimientos derivados de diferentes perspectivas teóricas (Wasserman & Wasserman, 2017). El principal criterio utilizado por los terapeutas eclécticos al seleccionar tratamientos es su experiencia profesional sobre lo que ha funcionado mejor para personas con las mismas características y con problemas similares

(Arkowitz, 1992). Por lo tanto, este tipo de investigación está dedicada a generar un corpus de trabajos en los que se describe el uso de diferentes procedimientos en diversos casos.

Por otro lado, la *integración teórica* tiene como objetivo la combinación teórica de diferentes aproximaciones a la intervención psicológica (Benito, 2018). Al contrario que el *eclecticismo técnico*, la *integración teórica* intenta combinar de forma sistemática varias teorías para así poder tener más herramientas para explicar los fenómenos en terapia (Wasserman & Wasserman, 2017). Los intentos de integración de diferentes teorías sobre el estudio de la conducta humana han estado presentes desde el inicio de la terapia de conducta. En los orígenes de la integración teórica se encuentran los esfuerzos de Thomas French por combinar las teorías psicoanalistas con los procesos de condicionamiento pavloviano (en Wampold & Imel, 2015; una revisión histórica se puede encontrar en Arkowitz, 1992). La integración teórica no fue aceptada entre los analistas de conducta; de hecho, con los trabajos de Dollard & Miller (1950) se concluye que la integración entre un enfoque analítico funcional con otras perspectivas deriva en una investigación poco provechosa para generar nuevos procedimientos de intervención. No obstante, la combinación entre las teorías de aprendizaje y las teorías psicodinámicas tiene un gran recorrido en el movimiento de la integración teórica. Estas dos perspectivas eran las dominantes a finales de los años 80 y su integración permitía generar una explicación común de la efectividad de los dos tipos de terapia. Este tipo de investigación está presente actualmente y varios autores (en Steever, 1999) ven reflejado en la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991a) el éxito de la integración de las teorías de aprendizaje y las teorías psicoanalíticas para explicar la relación terapéutica, uno de los factores comunes más importantes en la investigación de los factores inespecíficos (Wampold & Imel, 2015). En el siguiente apartado se discutirá la integración teórica desde una perspectiva analítico funcional actual.

Por otro lado, la *teoría de los factores comunes* es la perspectiva que más reconocimiento ha tenido de la investigación en factores inespecíficos de las intervenciones psicológicas (Cuijpers et al., 2019; Wampold, 2015). Esta perspectiva se origina gracias a los trabajos críticos de Rosenzweig (1936) a la investigación de resultados y la perspectiva de Frank (1961) sobre las similitudes en la relación entre el terapeuta y el cliente. Dentro de la investigación en factores comunes conviven varias perspectivas (Frank & Frank, 1993; Orlinsky, 2009; Wampold, 2015) en las que, pese a representar diferentes aproximaciones al estudio de los factores comunes, no presentan grandes diferencias en el resultado de sus estudios y señalan la importancia de los mismos factores comunes para explicar el éxito terapéutico (Wampold & Imel, 2015). El modelo más aceptado entre diferentes investigadores es el Modelo Contextual de los factores comunes propuesto por

Wampold (Cuijpers et al., 2019). Este modelo propone tres vías a través de las cuales se ponen en marcha los factores comunes a todas las intervenciones psicológicas. Estas vías necesitan de una buena relación terapéutica desde el inicio del tratamiento. Por tanto, desde esta perspectiva establecer una relación inicial óptima posibilita al terapeuta el acceso a las tres vías gracias a las cuales la terapia psicológica produce beneficios. Estas vías son: *relación real*, *expectativas* e *ingredientes específicos* (Wampold, 2015). Para este modelo la definición de *relación real* se apoya en una perspectiva psicodinámica de las relaciones entre personas. Esta relación debe ser, entre otras características, genuina, humana, empática y beneficiosa para el cliente (Gelso, 2014; Wampold, 2017). Las expectativas suponen la segunda vía para obtener beneficios de una intervención psicológica. En el *modelo contextual de los factores comunes* se establece que la creación de expectativas, el manejo de las expectativas a través de la explicación del trastorno del paciente es una vía general a diferentes factores comunes (Constantino et al., 2012; Wampold & Imel, 2015). Los autores de este modelo señalan las dificultades de investigar el papel general de las expectativas en todas las intervenciones psicológicas y señalan que “la mejor evidencia de las expectativas en el contexto de la curación se deriva de estudios del placebo efecto, donde se ha tenido un cuidado exquisito para experimentalmente manipular variables de interés y controlar por amenazas a la validez, mediante el uso de medidas fisiológicas e informes subjetivos” (Wampold, 2015, p. 274). Por último, los ingredientes específicos de cada intervención suponen la tercera vía general que explicaría los resultados terapéuticos. Estos ingredientes específicos serían los procedimientos que llevan al terapeuta a inducir una actuación en el cliente. En el caso de los tratamientos cognitivos los ingredientes específicos harían referencia, por ejemplo, a los procedimientos que inducen al cliente en pensar de forma adaptativa y no a partir de esquemas disfuncionales; para las terapias psicodinámicas serían los procesos de transferencia y contra transferencia que llevarían al cliente a resolver sus problemas; y para las terapias basadas en la autocompasión serían los procedimientos que llevan al cliente a ser más comprensivo consigo mismo (Wampold, 2015). Estas tres vías tienen influencia en cómo los factores comunes afectan al desarrollo de la terapia. Entre estos factores comunes se encuentran la empatía, la alianza terapéutica, la aceptación emocional, las expectativas, la colaboración entre terapeuta y cliente, la adaptación cultural y la coherencia (Cuijpers et al., 2019; Wampold, 2015). Estos factores explicarían gran parte del tamaño del efecto de los tratamientos. En concreto, los factores específicos (i.e. diferencias entre los tratamientos, competencia percibida, adherencia del protocolo e ingredientes específicos) explican un menor tanto por ciento del tamaño del efecto según los meta-análisis realizados al respecto (Cuijpers et al., 2019; Flückiger et al., 2020; Grencavage & Norcross, 1990; Laska et al., 2014; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015).

3.2 Problemas en la investigación centrada en factores específicos y factores inespecíficos

La investigación de procesos, cuyo objetivo es explicar el resultado de las intervenciones psicológicas, ha generado cambios beneficiosos en la psicología clínica. Gracias a este tipo de investigación se ha destacado el papel de los procesos de cambio que generan los resultados de los tratamientos, se han realizado trabajos ideográficos que tienen en cuenta el papel de las características individuales de los terapeutas y clientes (p.ej. diferencias culturales, educativas, etc.), se ha sustituido un interés en el diagnóstico por un interés en el individuo, ha habido intentos de explicar de forma general los resultados de diferentes tipos de terapia. En definitiva, la investigación de procesos en las intervenciones psicológicas ha supuesto una alternativa a los problemas derivados de la investigación de resultados. Sin embargo, en la investigación centrada en factores específicos y en la investigación centrada en factores inespecíficos se pueden identificar problemas conceptuales y metodológicos que dificultan el progreso de la investigación de procesos.

Aunque resulte paradójico, varios de los problemas de la investigación de procesos también se pueden encontrar en la investigación de resultados. Al igual que la investigación de resultados no exige, ni evalúa, una teoría que explique los resultados de las intervenciones, la investigación de factores específicos y factores inespecíficos está abierta a cualquier tipo de explicación teórica de los procesos que subyacen el cambio en terapia. Por ejemplo, las posiciones pseudocientíficas de las perspectivas psicodinámicas influyen en gran parte de las investigaciones sobre la relación terapéutica. Esta falta de evaluación de las teorías que subyacen el cambio clínico da lugar a una gran variedad de posiciones teóricas que generan una terminología confusa que dificulta el progreso científico de una disciplina. Por ejemplo, la *empatía* no es un término técnico que de forma inequívoca se refiera a una función, estímulo o evento psicológico. Este término significa cosas diferentes para un analista de conducta, para un psicólogo cognitivo, para un terapeuta psicodinámico, etc. En cambio, se utiliza como uno de los factores comunes al funcionamiento de todas las intervenciones psicológicas. El uso de términos no técnicos solamente sirve para enmascarar la falta de entendimiento existente entre diferentes perspectivas teóricas en el estudio de la conducta. La falta de sistematicidad terminológica no solamente se da en términos básicos (p.ej. empatía, relación terapéutica, procesos, aceptación emocional, etc.), sino que se puede encontrar entre diferentes modelos. Por ejemplo, el término *modelo contextual* puede hacer referencia a la perspectiva filosófica propuesta por Hayes (Biglan & Hayes, 2015; Hayes & Fryling, 2019) y a la perspectiva teórica de los factores comunes propuesta por Wampold (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015). Como se ha argumentado, esta falta de acuerdo

dificulta el desarrollo de una terminología técnica necesaria en cualquier programa de investigación basado en análisis científico de los datos. A su vez, el propio término de *investigación de procesos* no es del todo apropiado para denominar a toda la investigación que etiqueta como tal por varias razones. Primero, no representa la variabilidad teórica que hay en el análisis de los factores específicos. El término *investigación de procesos* puede indicar que hay consenso entre diferentes autores sobre términos básicos como *proceso*. Sin embargo, como se expone en el próximo apartado, el término proceso para un investigador con formación psicoanalítica es diferente al término proceso para un analista de conducta. Por otro lado, el término *investigación de procesos* no representa la diversidad metodológica que existe en el análisis de los factores específicos. Si bien puede ser válido para referirse a algunas de las investigaciones que realizan varias mediciones a lo largo del tiempo (Kazdin, 2006), la mayoría de las metodologías propias del análisis de factores específicos no implica un análisis de mediciones tomadas en diferentes momentos temporales. Por último, este eclecticismo teórico, típico de la investigación de los componentes inespecíficos, provoca dificultades para reconocer cuales son las diferencias entre alguno de los factores comunes a las terapias. Por ejemplo, ¿qué diferencia hay entre una buena y una mala relación terapéutica?, ¿cómo se define la empatía?, ¿cómo se mide el compromiso del cliente? o ¿qué procesos pone en marcha un procedimiento específico?

Por otro lado, la integración teórica entre diferentes perspectivas, si bien es un objetivo lícito, no tiene en cuenta la incompatibilidad teórica entre varias perspectivas (Steever, 1999; Virués-Ortega et al., 2003). Por ejemplo, los principios filosóficos de las aproximaciones analítico funcionales son incompatibles con perspectivas indeterministas. Además, la integración de una perspectiva analítico funcional con una perspectiva psicodinámica daría lugar a la defensa de posiciones filosóficas incongruentes. Si bien, puede resultar interesante explicar en términos de aprendizaje por qué funcionan determinadas técnicas psicoanalíticas, este interés termina ahí. Desde nuestra perspectiva, la terapia analítico funcional es un ejemplo de este tipo de acercamiento. Es una terapia fundamentada en los principios de aprendizaje que ha tomado prestado el interés de las perspectivas psicoanalíticas en el estudio de la relación terapéutica. El gran avance de esa perspectiva fue poner de relevancia los últimos trabajos experimentales sobre comportamientos complejos (p.ej. conducta verbal) para entender la relación terapéutica y los procesos de aprendizaje que a través de esta interacción verbal se podían poner en marcha (Kohlenberg et al., 1993). Sin embargo, en este tipo de tratamiento no se ha producido ningún tipo de integración teórica, simplemente se han explicado determinados aspectos de la relación terapéutica (i.e. fenómeno de interés para

perspectivas psicoanalíticas) desde el estudio experimental y aplicado de los principios y procesos de aprendizaje. Por otro lado, es posible defender la integración teórica entre diferentes teorías dentro de una misma perspectiva. Por ejemplo, dentro del análisis de conducta varios autores defienden la integración entre la perspectiva Skinneriana del estudio de la conducta verbal (1957) y la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes et al., 2001; estos intentos de integración teórica se pueden ver en Barnes-Holmes et al., 2020; Fienup, 2019; Greer & Speckman, 2009; Pohl et al., 2020).

Otra de las críticas a la investigación de *factores específicos e inespecíficos* de las intervenciones psicológicas es la falta de apoyo empírico sobre los principios y procesos por los cuales estos factores provocan el cambio en el cliente. Por ejemplo, establecer que las expectativas explican una gran parte del tamaño del efecto de las intervenciones psicológicas no implica conocer los principios por los cuales las expectativas provocan estos cambios. Quizás este desconocimiento se deba a otra de las características típicas de estas investigaciones: el uso de pruebas estandarizadas y cuestionarios autoadministrados como medidas fundamentales de la conducta de los clientes. El hecho de que las técnicas de observación directas o indirectas de las conductas del cliente no sean una de las características metodológicas principales de este tipo de investigaciones implica que no se puedan conocer los factores que han provocado el cambio en la conducta del cliente y que no se pueda evaluar directamente la actuación de los terapeutas en sesión.

La investigación en psicología clínica cuyo objetivo sea descubrir por qué funcionan las terapias psicológicas necesita superar las dificultades teóricas y metodológicas de la investigación típica en factores específicos y factores inespecíficos de las intervenciones psicológicas. La investigación de procesos se vería beneficiada de una perspectiva científica del estudio humano, del desarrollo de una terminología técnica que sea útil para analizar los procesos de cambio y de una metodología centrada en el individuo y en la observación directa del comportamiento. Estas son las principales características del Análisis Clínico de la Conducta.

3.3 Análisis Clínico de la Conducta

El Análisis Clínico de la Conducta (Dougher & Hayes, 2000; Kohlenberg et al., 1993; Madden et al., 2016; Sturmey, 2020) constituye una aproximación que intenta superar problemas derivados de la investigación de resultados (expuestos en el capítulo 2) y propone una perspectiva diferente acerca de las cuestiones fundamentales en la investigación en psicología clínica. Antes de desarrollar estos argumentos

es importante definir qué es el, resaltar los antecedentes históricos y exponer el estado actual de esta disciplina.

3.3.1 Definición y desarrollo del Análisis Clínico de la Conducta

El Análisis Clínico de la Conducta es un área del análisis de la conducta dedicada a aplicar los principios descubiertos y procedimientos descritos en el análisis experimental y aplicado de la conducta para el tratamiento de problemas psicológicos (Kohlenberg et al., 1993; Madden et al., 2016). Las raíces filosóficas del Análisis Clínico de la Conducta se encuentran en el conductismo radical (Chiesa, 1994; Cooper et al., 2019; Skinner, 1953a) y en sus desarrollos posteriores (Baum, 2002; Biglan & Hayes, 2015; Hayes, & Fryling, 2019; Staddon, 2001). El Análisis de la Conducta cuenta con tres ámbitos de trabajo totalmente relacionados entre sí: Análisis Teórico del Comportamiento, Análisis Experimental del Comportamiento y el Análisis Aplicado de la Conducta (Cooper et al., 2019). Los principios filosóficos del análisis de la conducta (determinismo, empirismo, experimentación, replicación y parsimonia) condicionan los procedimientos utilizados en experimentos y la interpretación de los resultados (Catania, 2006; Dixon et al., 2018; Mace, 2018; Moore & Cooper, 2003). Así mismo, los resultados y procedimientos derivados del análisis experimental del comportamiento se pueden utilizar para resolver problemas en ámbitos aplicados. Por ejemplo, para mejorar la educación (Brodsky & Fienup, 2018; Greer, 2002), desarrollar tratamientos para diferentes problemas psicológicos (Froján-Parga et al., 2019; Sturmey, 2020), aumentar el rendimiento deportivo (Schenk & Miltenberger, 2019), influir en el comportamiento de grupos de personas (Glenn et al., 2016), entre otros. En este contexto, los estudios realizados desde el Análisis Clínico de la Conducta cuentan con la misma perspectiva filosófica, comparten una terminología técnica específica, comparten características metodológicas (relevancia de los diseños intra-sujeto, medidas objetivas del comportamiento, etc.) y los resultados son interpretados teniendo en cuenta los resultados en los estudios experimentales previos (Critchfield & Reed, 2017; Moore & Cooper, 2003).

En los años 70 los terapeutas de conducta empezaron a rechazar las prácticas derivadas del análisis experimental de la conducta para el tratamiento de problemas psicológicos en adultos. En aquel momento el principal recurso de los terapeutas para inducir el cambio en las conductas de los clientes era la modificación directa de las contingencias que mantenían las conductas problema (p.ej. programas de reforzamiento). Esta forma de intervenir, derivada directamente de los estudios experimentales de la conducta, contaba con gran apoyo de profesionales que tenían acceso al control directo de estas contingencias. Era apropiada para el trabajo con niños diagnosticados de autismo, ya que los problemas se

dan en consulta y los terapeutas pueden manipular directamente las variables independientes de la cual el problema conductual es función. También era apropiada para el tratamiento de personas que recibían tratamiento institucionalizado, ya que los terapeutas podían observar directamente los problemas conductuales y poner en marcha procedimientos que alterasen las variables que mantenían estos problemas (p.ej. economía de fichas, restricción de acceso a determinadas actividades, etc.) (Ayllon & Azrin, 1964; Ayllon & Michael, 1959; Lindsley, 1956, 1963; Lovaas, 1964; una revisión histórica se puede encontrar en Madden et al., 2016). Sin embargo, este tipo de intervención no parecía conveniente para los problemas psicológicos presentados por adultos en una clínica psicológica fuera de una institución. En aquel momento, las perspectivas cognitivas, a través de perspectivas mentalistas, parecían explicar mejor los cambios conductuales de los clientes que se producían fuera de sesión (Madden et al., 2016; Sturmey, 2020).

Gracias a los estudios en análisis experimental de la conducta verbal, derivados del trabajo teórico de Skinner (1948 y 1957) y desarrollados a finales de los años 80 (Catania et al., 1989; Hayes et al., 1991; Schlinger & Blakely, 1987; Schlinger, 1990; Sidman, 1992), el Análisis de la Conducta empieza a tener un corpus empírico que le permite explicar fenómenos complejos (Donahoe & Palmer, 2004; Palmer, 2012). En este contexto surgen las primeras aproximaciones formales del Análisis Clínico de la Conducta. Kohlenberg et al. publican en 1993 el trabajo titulado *Las dimensiones del Análisis Clínico de la Conducta* en el cual se establece que el ámbito de aplicación del Análisis Clínico de la Conducta es la terapia psicológica con adultos y la pregunta fundamental que tienen que resolver los estudios es: "¿Cómo puede la conversación que se lleva a cabo durante la sesión ayudar al cliente con los problemas que ocurren fuera de la sesión, en la vida diaria del cliente?" (p. 271). En esta publicación se hace especial énfasis en el desarrollo teórico, experimental y aplicado del análisis de la conducta verbal. Como se ha comentado, hasta finales de los años 80 la mayor parte de las investigaciones en Análisis de la Conducta se centran en investigar la *conducta moldeada por contingencias* (Skinner, 1974). Sin embargo, Kohlenberg et al. (1993) enfatizan el papel que deberían tener los estudios experimentales en la *conducta gobernada por reglas* en la psicología clínica aplicada. Además, señalan que los problemas que ocurren en el contexto terapéutico son funcionalmente equivalentes a los problemas que ocurren fuera de sesión, por lo tanto los terapeutas pueden inducir cambios en este tipo de comportamientos que pondría en marcha un proceso de generalización de estos cambios a otros contextos (Kohlenberg et al., 1993). Es importante destacar que esta perspectiva fue posible gracias a los estudios experimentales pioneros en el estudio de la conducta gobernada por reglas y los resultados de trabajos dedicados a investigar la formación de clases de equivalencia (Catania et al., 1989;

Hayes et al., 1991; Schlinger & Blakely, 1987; Schlinger, 1990; Sidman, 1992). Estos estudios implicaron una base experimental sólida para entender los fenómenos complejos que se dan en la intervención psicológica en adultos.

A partir de los años 90, el desarrollo en el Análisis Clínico de la Conducta impulsó la creación de las autodenominadas *terapias de tercera generación* (De Houwer et al., 2016; Hayes, 2004; Hayes & Hofmann, 2017) como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 2004), la Psicoterapia Analítico Funcional (R. J. Kohlenberg & Tsai, 1991a) y la Terapia de Activación Conductual (Kanter et al., 2008; Martell et al., 2001). El desarrollo de estas terapias fue influenciado por las nuevas perspectivas en el estudio de la conducta humana propuestas por el contextualismo funcional (Biglan & Hayes, 2015) y los estudios experimentales en conducta verbal desarrollados a partir del mismo (Hayes et al., 2001). Aun teniendo un origen teórico y experimental en el Análisis Clínico de la Conducta, los trabajos aplicados se agruparon bajo el nombre de *terapia cognitivo-conductual* con el objetivo de superar la división entre perspectivas conductuales y cognitivas (Hayes & Hofmann, 2018a). De forma general, las terapias de tercera generación se adaptaron al sistema de investigación de resultados en psicología clínica. Para ello cada una de ellas se concibe como una terapia de marca registrada, genera sus propios protocolos de evaluación, manuales de formación y protocolos de actuación, que muestran validez en estudios basados en metodologías de comparación grupal. Con esta adaptación al sistema de investigación de resultados, las autodenominadas terapias de tercera generación han conseguido una amplia aceptación en la psicología clínica en general y han sido aceptadas por todos los sistemas de validación internacionales (APA, 2021; NICE, 2021a). Aunque en los últimos años se han desarrollado varios debates teóricos dentro del Análisis de la Conducta sobre la adecuación de estos desarrollos a los principios filosóficos de la disciplina (Catania, 2012a; Palmer, 2004; Tonneau, 2004) y sobre la pertinencia de las interpretaciones de datos experimentales llevadas a cabo desde esta perspectiva (Alonso-Álvarez & Pérez-González, 2017; Alonso-Alvarez & Pérez-González, 2021; Tonneau & González, 2004).

3.3.2 Estado actual del Análisis Clínico de la Conducta

Madden et al. (2016) definen el Análisis Clínico de la Conducta como la práctica profesional que se deriva de aplicar los principios analítico funcionales del comportamiento para ayudar a los clientes a resolver sus problemas. Estos principios deben estar empíricamente establecidos en varios estudios experimentales y aplicados en situaciones controladas típicas del análisis aplicado de conducta. Como se ha comentado anteriormente, el Análisis Clínico de la Conducta se ha definido como un subcampo del

análisis de la conducta aplicado, caracterizado por su enfoque en intervenciones clínicas con clientes verbalmente competentes en entornos principalmente ambulatorios. Aunque, en general se acepta una definición más inclusiva sobre el Análisis Clínico de la Conducta, se sigue poniendo en valor la investigación en los principios, procesos y procedimientos de control verbal de la conducta para responder la pregunta fundamental del Análisis Clínico de la Conducta: ¿cómo es posible que a través de una conversación el terapeuta pueda inducir cambios en el comportamiento del cliente dentro y fuera de sesión? (Kohlenberg et al., 1993).

Aparte, este énfasis en una práctica guiada por los principios y procedimientos de la investigación en el control verbal de la conducta es una de las características de las terapias cognitivo-conductuales. De hecho, a partir de 2018 los principales representantes de las terapias de tercera generación han asumido una nueva perspectiva en el desarrollo de las intervenciones psicológicas. Asumen que la investigación de resultados debe estar acompañada de una investigación de procesos y que los procesos que mayor relevancia tienen para explicar el resultado de las intervenciones psicológicas son los relacionados con el control verbal de la conducta (Hayes et al., 2021; Hayes & Hofmann, 2018). Estos autores critican la lucha entre diferentes tipos de terapias y abogan por una terapia psicológica basada en procesos (Hayes, 2020; Hayes & Hofmann, 2018b). Si bien aún hay debates teóricos, experimentales y aplicados abiertos entre diferentes perspectivas analítico funcionales (p.ej. Alonso-Alvarez & Pérez-González, 2021; Palmer, 2012), el futuro del Análisis Clínico de la Conducta está dirigido a superar la división entre diferentes terapias (Hayes, 2020), a una integración de las diferentes posturas analítico funcionales en el estudio del control verbal de la conducta (Fienup, 2019; Pilgrim, 2018), en desarrollar la investigación experimental y aplicada en los principios y procesos específicos de la conducta verbal (Catania, 2011, 2012b; Diaz et al., 2020; Fryling, 2011; Miguel, 2018; Petursdottir, 2018; Sundberg, 2016) y en una intervención psicológica basada en estos principios (Barnes-Holmes et al., 2020; Carr & Miguel, 2013; Hayes et al., 2021; Sturmey, 2020; Virues-Ortega & Froján-Parga, 2015).

En definitiva, desde la perspectiva analítico funcional la clave para entender por qué funcionan las intervenciones psicológicas no reside en conocer los factores específicos de una intervención, ni en conocer los factores comunes a varias intervenciones. La cuestión fundamental para saber por qué son eficaces es conocer los procesos de aprendizaje que hacen posible el cambio clínico. En concreto es relevante conocer cómo mediante la interacción verbal el terapeuta es capaz de influir en el comportamiento del cliente fuera de sesión (Kohlenberg et al., 1993). Por lo general, las intervenciones psicológicas implican una interacción

verbal entre terapeuta y cliente que se produce en cada una de las sesiones del tratamiento. En esta interacción verbal se ponen en marcha los principios de cambio que podrían explicar el éxito de la intervención fuera del contexto clínico. En contextos institucionales (p.ej. psiquiátricos y centros penitenciarios) o en intervenciones con niños los terapeutas tienen acceso al uso de procedimientos que implican mayor control de determinadas variables (p.ej. establecimiento de la economía de fichas, manejo directo de contingencias en situaciones análogas, observación directa de la conducta problema, etc.). Sin embargo, los terapeutas en un centro de salud mental o en una clínica psicológica no tienen acceso a esos recursos y la interacción verbal es la herramienta esencial del terapeuta para ayudar al cliente a resolver sus problemas. Por tanto, para saber por qué funcionan las intervenciones psicológicas es necesario analizar los principios de aprendizaje que subyacen al cambio conductual derivado de la interacción verbal y estudiar los procesos conductuales que se ponen en marcha a través de esta interacción. Desde los primeros trabajos teóricos sobre el análisis analítico funcional de la conducta verbal (Skinner, 1948, 1957) se han generado diversidad de estudios en esta dirección. Actualmente el Análisis de la Conducta cuenta con un corpus teórico y empírico capaz de explicar gran parte de los resultados de las intervenciones psicológicas.

3.4 Principios, procesos y procedimientos de control verbal de la conducta.

Los primeros desarrollos teóricos en el análisis de la conducta verbal (Skinner, 1948, 1957) y los primeros estudios experimentales y aplicados (Aguayo et al., 1978; Burns et al., 1983; Catania, 1998; Catania, Horne, et al., 1989; Catania, Shimoff, et al., 1989; Schlinger & Blakely, 1987b; Schlinger & Blakely, 1994) sentaron las bases para explicar desde un punto de vista analítico funcional los principios y procesos que explican el cambio conductual de los clientes durante la interacción verbal (Kohlenberg et al., 1993). De la misma forma, en la actualidad el Análisis Clínico de la Conducta se basa en los trabajos experimentales y aplicados en el análisis de la conducta verbal que fundamentan la práctica clínica. En este apartado se exponen los principales desarrollos en la investigación en análisis experimental y aplicado en los principios, procesos y procedimientos de conducta verbal que son fundamentales para entender los procesos que pueden explicar los resultados en las intervenciones psicológicas.

De acuerdo con las convenciones técnicas en el Análisis de Conducta el término *principio conductual* o *ley de la conducta* se refiere a una relación funcional entre la conducta y una o más variables independientes que se produce en diferentes organismos, especies contextos y formas de conducta. Un principio conductual es una generalización empírica inferida de varios experimentos. El reforzamiento, castigo o extinción son

ejemplos de estos principios (Catania, 2006; Cooper et al., 2019). Por otro lado, *proceso* es un término técnico que se refiere a los cambios en la conducta a lo largo del tiempo. Estos procesos pueden estar inducidos por un procedimiento particular o darse en contextos naturales (Catania, 2006; Cooper et al., 2019). A su vez, el término *procedimiento* u *operación* se refiere a los cambios en las variables dependientes producidos por el analista de conducta. Estos procedimientos pueden poner en marcha procesos conductuales (Catania, 2006; Cooper et al., 2019). Dada la íntima relación entre los principios, procesos y procedimientos es frecuente que reciban el mismo nombre. Por ejemplo, el *principio de reforzamiento* establece que la probabilidad de una conducta aumenta si hay una contingencia positiva/negativa con un estímulo reforzador positivo; el *proceso de reforzamiento* hace referencia al aumento de la frecuencia de esa conducta; y el *procedimiento de reforzamiento* se refiere al acto de presentar de forma sistemática un estímulo reforzador positivo tras la ocurrencia de una conducta determinada. La distinción entre estos términos técnicos tiene como objetivo facilitar la exposición de los distintos campos de estudio en conducta verbal. Al tratarse de conductas complejas, en ocasiones estos términos se usan de forma indistinta y pueden dar lugar a confusiones. De hecho, la definición del propio término *conducta verbal* ha dado lugar a debates. De acuerdo con Skinner (1957) el término conducta verbal se refiere “a la conducta reforzada por otras personas” (p. 2). Varias interpretaciones de esta definición apuntan que Skinner solamente se refiere a la conducta del hablante y no del escucha por lo que la definición sería incompleta. Sin embargo, como apunta Sundberg (2020) estas interpretaciones obvian que Skinner especifica que esas otras personas “deben estar respondiendo de formas que han sido condicionadas *precisamente para reforzar el comportamiento del hablante*” (p. 225). Por lo tanto, Skinner no ignora la conducta del escucha durante el análisis de la conducta verbal: se necesita el papel del escucha para hablar de una interacción verbal completa (Sundberg, 2020). Además, esta definición tampoco deja de lado la conducta privada de los individuos, ya que los hablantes pueden oírse a sí mismos y reaccionar a sus propias conductas (Palmer, 2014). Incluso se ha discutido que solamente cuando los individuos pueden actuar como escucha de su propia conducta como hablante (i.e. operantes verbales bidireccionales) pueden considerarse realmente verbales (Greer & Pohl, 2020; Horne & Lowe, 1997; Miguel, 2018; Pohl et al., 2020). Una vez adquirida esta habilidad en el repertorio del individuo, puede emitirse en varias condiciones (p.ej. sin la presencia de otra persona). Una fuente importante de reforzamiento de la conducta verbal es el efecto del escucha sobre sí mismo en resolución de problemas, recordar y encadenamiento de conductas verbales (Palmer, 2014). Estas definiciones sientan las bases para exponer procesos de conducta verbal simples y complejos que pueden explicar el cambio de conducta de los clientes a través de una interacción verbal.

3.4.1 Transferencia de funciones

La *función* de un estímulo está determinada por el efecto que este tiene sobre la conducta de un individuo. El término *transferencia de funciones* o *transferencias de la función de un estímulo* hace referencia a la posibilidad de que uno o varios estímulos adquieran las funciones de otro (Tonneau & González, 2004). Por ejemplo, en una situación en la que una luz roja tiene la función de aumentar la salivación de un individuo y una luz azul no tiene ninguna función para esta persona, tras un entrenamiento (p.ej. emparejamiento entre la luz roja y la luz azul), si se consigue que la luz azul aumente la salivación en ese individuo diríamos que ha habido una *transferencia de función* entre la luz roja y la luz azul. La transferencia de funciones es un resultado conductual, una etiqueta que nos sirve para denominar un fenómeno. De hecho, la transferencia de funciones es un fenómeno complejo que puede ser explicado por diferentes principios conductuales. Por ejemplo, en la situación descrita anteriormente, la explicación más parsimoniosa del resultado conductual (i.e. transferencia de funciones) recae en una explicación a través de un condicionamiento pavloviano de segundo orden, en la que la luz roja actúa como estímulo condicionado y la luz azul como estímulo neutro. Tras el procedimiento de emparejamiento la luz azul actuaría como estímulo condicionado de segundo orden ya que produce la misma respuesta que la luz roja (aumenta la salivación en el individuo). No obstante, el fenómeno conductual de transferencia de funciones puede ser explicado por procedimientos típicos de la investigación en condicionamiento operante (p.ej. transferencia de funciones derivada de un entrenamiento con igualación a la muestra) (Catania, Horne, et al., 1989; Eilertsen & Arntzen, 2020; Gandarela et al., 2020). En Análisis de la Conducta experimental aún hay debate sobre los principios de aprendizaje que hacen posible la transferencia de funciones (Pérez-González & Serna, 2003; Tonneau, 2004; Tonneau & González, 2004). Sin embargo, los contextos naturales en los cuales normalmente se comportan las personas (i.e. contextos complejos) no existe el control necesario de las variables dependientes (como sí ocurre en situaciones experimentales en el laboratorio) que ayude a determinar la naturaleza de la transferencia de funciones. Por lo tanto, en contextos aplicados (p.ej. interacción verbal en una intervención psicológica) es común asumir que tanto los principios pavlovianos como los principios operantes están actuando de forma conjunta a la hora de producir comportamientos complejos.

La transferencia de funciones es un fenómeno importante para poder conceptualizar la interacción verbal en terapia. Gracias a este fenómeno, determinadas palabras pueden adquirir diferentes funciones (p.ej. función de estímulo reforzador condicionados, operación motivadora condicionada, estímulo discriminativo, etc.). Por ejemplo, comúnmente, las felicitaciones y elogios (p.ej. “¡muy bien!”, “Así se hace”) funcionan como reforzadores condicionados gracias a los procedimientos de condicionamiento generados

por la comunidad verbal. No obstante, en niños con problemas del desarrollo estas contingencias naturales pueden no ser suficientes para condicionar estos estímulos. Para que las felicitaciones y elogios funcionasen como reforzadores condicionados en niños con estos problemas, Dudley et al., (2019) mediante un entrenamiento de emparejamiento con reforzadores previamente condicionados consiguieron que estos elogios y felicitaciones tuviesen la función de estímulos reforzadores condicionados (una revisión histórica de la investigación en reforzadores condicionados se puede encontrar en Bell & McDevitt, 2014).

Por lo tanto, la transferencia de funciones es uno de los pilares básicos de varios procedimientos de modificación de conducta (p.ej. establecimiento de una economía de fichas). En concreto, la transferencia de funciones es un concepto base para explicar cómo determinados estímulos pueden tener diferentes funciones tras la interacción verbal. Por ejemplo, la verbalización “las corrientes de este río son peligrosas” puede funcionar como un emparejamiento entre estímulos en el que las funciones condicionadas del estímulo verbal “peligrosas” se transfieran a “las corrientes de este río”. Si esta verbalización cambia el valor de un estímulo (p.ej. el río no funciona como un reforzador positivo) y altera la tasa de conducta relacionada con ese consecuente (p.ej. esta persona no se baña en el río) esta verbalización podría ser considerada una operación motivadora condicionada (Laraway et al., 2014; Laraway & Snyckerski, 2019). Este tipo de verbalizaciones son frecuentes durante la fase de tratamiento durante las intervenciones psicológicas (De Pascual-Verdu et al., 2014) y pueden dar cuenta del cambio de función de determinados estímulos verbales dentro y fuera de sesión (una revisión de los estudios experimentales en transformación de funciones se puede encontrar en Dymond & Rehfeldt, 2000).

3.4.2 Control estimular múltiple de la conducta verbal

Un estímulo tiene *control* sobre una determinada conducta cuando este estímulo altera la probabilidad de ocurrencia de una respuesta o clase de respuestas (McIlvane, 2018). Por lo tanto, el término *control* es un término técnico que hace referencia a la función que tiene un estímulo sobre una respuesta determinada de un individuo. Por ejemplo, decimos que un *estímulo discriminativo*¹⁵ ejerce un control antecedente de una determinada conducta porque hace más probable su aparición. Este ejemplo de *control simple* de la conducta se puede producir en situaciones controladas en el laboratorio. Sin embargo, en

¹⁵ Los *estímulos discriminativos* adquieren su función por anteceder a una relación de contingencia positiva entre una respuesta y un reforzador positivo.

situaciones naturales complejas las conductas de los individuos están controladas por múltiples estímulos. De hecho, el comportamiento verbal de las personas implica diferentes topografías de respuesta que ocurren en diferentes circunstancias, por lo que el control estimular múltiple es una de las características de la conducta verbal (Michael et al., 2011). Hay dos tipos de control estimular múltiple que pueden estar alterando la probabilidad de emisión de una conducta verbal (Skinner, 1957). El *control estimular múltiple convergente* se refiere al control de una única respuesta por más de una variable (J. Michael et al., 2011). Por ejemplo, la verbalización “bien” puede estar controlada por la aparición de diferentes estímulos: la pregunta “¿cómo estás?”, la palabra escrita “bien”, la instrucción “repite conmigo bien”, etc. El *control estimular múltiple divergente* se refiere al control de diferentes respuestas por una única variable (Michael et al., 2011). Por ejemplo, el cliente ante la pregunta “¿cómo estás?” puede contestar de múltiples formas. Es importante resaltar que, en general, en el control estimular múltiple de una respuesta o clase de respuestas los efectos de diferentes variables se relacionan entre sí de forma aditiva o antagonista (McIlvane, 2018). Por ejemplo, si dos variables que hacen que aparición de una respuesta sea más probable tienen una relación de contigüidad temporal, la probabilidad de aparición de esa respuesta es mayor que si esas dos variables se dieran por separado. Por el contrario, si una variable que disminuye la probabilidad de una clase de respuesta tiene relación de contigüidad temporal con una variable que aumenta la aparición de esa clase de respuesta, ambas funciones compiten entre sí alterando la probabilidad de aparición esa clase de respuesta. Este efecto ocurre en las interacciones verbales más simples y está alterado por variables motivacionales y el control de la audiencia (Michael et al., 2011).

El control múltiple de la conducta es relevante para diferentes momentos en las intervenciones psicológicas como la evaluación y el tratamiento (p.ej. seguimiento de instrucciones fuera de sesión). También es importante el control estimular en la resolución de problemas por parte del cliente fuera de sesión y la autogestión del comportamiento del cliente. Por ejemplo, las instrucciones de un terapeuta en sesión pueden ser suficientes para establecer control estimular en un cliente verbalmente competente a través de los mismos principios conductuales detallados en los estudios experimentales (McIlvane, 2018). Otro ejemplo de la aplicación de la investigación en el control múltiple de la conducta verbal puede darse en el tratamiento de un problema psicológico relacionado con un déficit conductual (p.ej. tasa baja de respuestas en un contexto verbal determinado). El terapeuta en terapia, a través de la interacción verbal con el cliente, puede conseguir que determinadas verbalizaciones adquieran un control estimular sobre esa clase de respuesta en sesión y que estos resultados se generalicen fuera de sesión (Palmer, 2016). De hecho, hay varios procedimientos descritos en la literatura de análisis aplicado de la conducta que pueden ayudar a

conseguir establecer el control de la conducta verbal del terapeuta sobre la conducta verbal del cliente en sesión y fuera de sesión (p.ej. entrenamiento en emparejamiento de estímulos, entrenamiento en ejemplares múltiples, feedback instructivo, procedimientos de encadenamiento, etc.) (Oah & Dickinson, 1989; Petursdottir, 2018).

3.4.3 Formación de clases de equivalencia.

Los trabajos de Sidman (1971, 1994) iniciaron línea de investigación en formación de clases de equivalencia que han permitido analizar experimentalmente los principios básicos de conductas complejas como el comportamiento simbólico, conductas derivadas, resolución de problemas, comprensión lectora, etc. (Brodsky & Fienup, 2018; Critchfield & Rehfeldt, 2020; Fienup & Brodsky, 2020; Holth, 2010; Pilgrim, 2020; Sidman, 2009). En general, cuando dos o más estímulos aumentan la probabilidad de una respuesta en un individuo decimos que estos estímulos son funcionalmente equivalentes o conforman una *clase de equivalencia* (Pilgrim, 2020). Esta definición implica que en la formación de clases de equivalencia se establecen relaciones entre los estímulos que favorecen la aparición de relaciones emergentes o relaciones derivadas¹⁶. Por ejemplo, en una tarea de igualación a la muestra ante la presencia de un estímulo A y la presentación de varios estímulos no entrenados entre los que también se encuentra el estímulo A, la elección del estímulo A ante la presencia de A se denomina *reflexividad*. Otra relación derivada del entrenamiento de la relación entre un estímulo A y un estímulo B es la emergencia de la relación B-A que se conoce como *simetría*. Por último, tras el entrenamiento entre dos relaciones AB y BC, la emergencia de las relaciones AC y CA se denomina *transitividad*. Cuando se ha comprobado la emergencia de estas relaciones no entrenadas (relaciones derivadas) se dice que un individuo ha formado una clase de equivalencia (Sidman, 1994). Los estímulos que conforman la clase de equivalencia pueden tener topografías totalmente diferentes, pueden ser diferentes palabras escritas, imágenes, sonidos, objetos, etc. Aparte, en el entrenamiento de relaciones de equivalencia entran en juego los tres componentes de las contingencias de tres términos (Ed:R-C) por lo que a través del entrenamiento dirigido a formar clases de equivalencia se pueden producir

¹⁶ Las relaciones emergentes o relaciones derivadas son relaciones entre estímulos que no han sido directamente entrenadas y aparecen como función indirecta del entrenamiento previo del individuo (Pilgrim, 2020; Sidman, 1992).

comportamientos derivados (i.e. emergencia de comportamientos que no han sido directamente entrenados y surgen como función indirecta del entrenamiento previo). Por ejemplo, Sidman (1971) a través de un entrenamiento basado en discriminaciones condicionadas consiguió que un niño sin esas capacidades mostrase lectura en voz alta y comprensión lectora.

Por otro lado, se ha demostrado que la transferencia de funciones se produce entre todos los estímulos de una clase de equivalencia. Por ejemplo, si entrenamos la relación entre un estímulo D (miembro de una clase de equivalencia compuesta por ABCD estímulos) con un estímulo E que tiene una función aversiva para el individuo, esta función se transfiere al resto de miembros de la clase (A, B y C). La investigación dedicada a describir con precisión los principios subyacentes a la transferencia de funciones entre miembros de una clase de equivalencia es fuente de debate y desarrollo teórico y empírico en el Análisis de la Conducta (Eilifsen & Arntzen, 2021; Tonneau & González, 2004). Como hemos comentado, en situaciones naturales los principios de las conductas reflejas y los principios de las conductas operantes pueden explicar la emergencia de relaciones entre estímulos y la aparición de conductas derivadas de los individuos. Estos procesos conductuales explican conductas complejas como la localización a través de un mapa, utilizar símbolos matemáticos para realizar operaciones, saber sobre eventos históricos a través de letras impresas, etc. (Sidman, 2009).

Durante la interacción verbal en sesión el terapeuta puede poner en marcha los principios y procesos descritos por la investigación en formación de clases de equivalencia. Por ejemplo, la transformación de funciones derivada de la interacción verbal puede ser uno de los principios que subyacen al éxito de los procedimientos de reestructuración cognitiva y debate socrático. De hecho, las propiedades de las clases de equivalencia pueden ayudar a comprender el origen de los comportamientos simbólicos de los clientes y por lo tanto a generar estrategias de intervención basadas en las propiedades de las clases de equivalencia. A su vez, el entrenamiento basado en relaciones de equivalencia puede hacer más probable la emisión de conductas derivadas fuera y dentro de sesión. Por último, el control contextual derivado de la formación de clases de equivalencia es otra propiedad que puede explicar la generalización de los comportamientos del cliente dentro de sesión a situaciones de su vida diaria.

3.4.4 Control contextual en las clases de equivalencia.

Las relaciones de equivalencia raramente se dan en contextos naturales sin que estén bajo control contextual (Critchfield & Rehfeldt, 2020; Sidman, 1994). Por ejemplo, las contingencias operantes de dos

términos raramente se pueden observar fuera de contextos controlados (p.ej. experimentos en el laboratorio) y por lo tanto la unidad básica en aprendizaje operante es la contingencia de tres términos (Glenn et al., 1992; Sidman, 1994). Lo mismo ocurre con las clases de equivalencia, normalmente estas están bajo el control contextual de una o más variables (Alonso-Alvarez & Pérez-González, 2021; Sidman, 2009). Como hemos comentado anteriormente, los estímulos de una clase de equivalencia tienen una función similar para un individuo, por lo tanto, son intercambiables entre sí. Sin embargo, hay situaciones que hacen que los individuos respondan de forma diferente ante estímulos de la misma clase. En estas situaciones el estímulo contextual determina la pertenencia a la clase. Dependiendo de la perspectiva analítico funcional utilizada para el estudio del control contextual en las relaciones entre estímulos estas reciben el nombre de *relaciones de no-equivalencia* o *marcos relacionales* y normalmente se identifican con relaciones de coordinación (relaciones de equivalencia no alteradas por el control contextual), oposición, distinción, comparación, jerarquía, analogía, temporales y deícticas (Barnes-Holmes et al., 2020; Hayes et al., 2001). Estas relaciones de no-equivalencia tienen las mismas propiedades definitorias de las clases de equivalencia: reflexividad, simetría, transitividad y transferencia de funciones entre los miembros de la clase. Sin embargo, en la investigación de no-equivalencia la propiedad de *simetría* también recibe el nombre de *vinculación mutua* y la *transitividad* recibe el nombre *vinculación combinatoria*. Esta terminología fue introducida en la investigación del control contextual de las relaciones de equivalencia por la publicación de la teoría de los marcos relacionales (Hayes et al., 2001). El papel del control contextual en las clases de equivalencia es uno de los ámbitos más investigados en análisis experimental de la conducta desde los primeros trabajos de Sidman (Sigurðardóttir et al., 2012). Sin embargo, la amplia aceptación de la teoría de los marcos relacionales ha aumentado la investigación utilizando los términos propios de esa teoría. Revisar y analizar los términos técnicos, procedimientos experimentales y de interpretación de los datos de diferentes aproximaciones analítico funcionales está fuera del alcance de este apartado¹⁷ (se recomienda la lectura de trabajos como Alonso-Álvarez & Pérez-González, 2017; Alonso-Álvarez & Pérez-González, 2021; Catania, 2006; Fienup, 2019; Hayes, 2013; Pilgrim, 2018, 2018; Sidman, 1992, 1994; Tonneau & González, 2004).

¹⁷ En cualquier caso en este trabajo se utiliza la terminología típica de la investigación en relaciones de equivalencia fundamentados en el conductismo radical (p.ej. Eilifsen & Arntzen, 2021; Fienup & Brodsky, 2020; Sidman, 1992).

El control contextual entre clases de estímulos puede dar cuenta de fenómenos conductuales complejos que subyacen el cambio conductual derivado de la interacción verbal en la intervención psicológica. El control contextual sienta las bases experimentales y nos ayuda a describir los principios que operan en el control instruccional de las verbalizaciones del terapeuta sobre la conducta del cliente fuera de sesión (Critchfield & Rehfeldt, 2020), el cambio de valor de estímulos verbales por relaciones de oposición o diferencia (Alonso-Alvarez & Pérez-González, 2021), el establecimiento de operantes verbales bidireccionales por control contextual de relaciones déicticas (Belisle et al., 2016) y el establecimiento y/o modificación de conductas gobernadas por reglas (i.e. conductas bajo el control antecedente de una o varias operaciones motivadoras condicionadas) (Blakely & Schlinger, 1987; Carbone, 2019; Faloon & Rehfeldt, 2008; Harte et al., 2017; Schlinger, 1990).

3.4.5 Operantes Verbales Bidireccionales

Las personas verbalmente competentes son capaces de combinar su repertorio como hablante y su repertorio como escucha (Greer et al., 2017; Horne & Lowe, 1997; Miguel, 2018). Esta operante verbal de segundo orden, que supone un hito en el desarrollo del individuo (Rosales-Ruiz & Baer, 1997), recibe el nombre de *operante verbal bidireccional* (Greer & Pohl, 2020; Greer & Speckman, 2009). La combinación de estos dos repertorios, inicialmente independientes (Pohl et al., 2020; Yoon, 2019), hace posible que los individuos puedan interactuar verbalmente con otros y consigo mismos (Greer & Pohl, 2020). Es importante destacar que gracias al desarrollo de las operantes verbales bidireccionales la persona puede realizar comportamientos verbales individuales, comportamientos que ocurren gracias a la historia de aprendizaje previa en la comunidad verbal que ha condicionado este tipo de comportamiento. Las operantes bidireccionales se pueden dividir en tres categorías: episodios verbales entre personas, hablante como escucha y el aprendizaje indirecto de relaciones entre estímulos como hablante y escucha (p.ej. *bidirectional naming*) (Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2000; Greer et al., 2017; Miguel, 2018; Pohl et al., 2020), aunque datos experimentales parecen indicar que las diferentes operantes bidireccionales no son independientes y están relacionadas entre sí (Yoon, 2019). La investigación sobre las operantes bidireccionales ha descrito los principios conductuales que pueden explicar conductas complejas como la conducta gobernada por reglas, la correspondencia decir-hacer, la autogestión del comportamiento, transformación de funciones a través de la interacción con otras personas y el aprendizaje de nuevos comportamientos a través de observación. Todos estos tipos de comportamientos complejos tienen un papel fundamental para explicar el cambio

conductual del cliente a través de la interacción verbal con el terapeuta. La investigación en el establecimiento e influencia de las operantes bidireccionales puede tener un papel relevante en el futuro del Análisis Clínico de la Conducta (p.ej. modificación de operantes bidireccionales de hablante como escucha para reducir las alucinaciones auditivas).

En resumen, la investigación experimental y aplicada en conducta verbal desarrollada en los últimos años (i.e. investigación en transferencia de funciones, control múltiple de la conducta, formación de clases de equivalencia, control contextual de clases de estímulos y desarrollo de operantes bidireccionales) añade datos sobre los principios, procesos y procedimientos que pueden ayudar a los analistas clínicos de la conducta a explicar el cambio conductual generado a través de la interacción verbal en la intervención psicológica. Los resultados de estas investigaciones se añaden al conjunto de técnicas desarrolladas previamente gracias a trabajos en análisis experimental y aplicado de la conducta (p.ej. programas de reforzamiento, extinción, moldeamiento, etc.) (Miltenberger, 2015).

3.5 Conclusión

Las investigaciones de los *factores específicos* y *factores inespecíficos* de las intervenciones psicológicas dirigida al análisis de las causas del cambio clínico de los clientes cuentan con problemas teóricos y metodológicos que impiden el desarrollo de un programa de investigación conceptualmente coherente centrado en la aplicación de procedimientos basado en principios y procesos de cambio descritos en la investigación experimental y aplicada. Entre estos problemas se ha destacado la falta evaluación teórica, que da lugar a la aceptación de teorías pseudocientíficas en el estudio del comportamiento humano (p.ej. psicoanálisis); los problemas derivados de una falta de cohesión terminológica que dificulta la replicabilidad de los resultados de las diferentes investigaciones; y el uso principal de métodos de investigación basados en la medida indirecta de las conductas de los clientes.

A su vez, en este capítulo se destaca el papel del Análisis Clínico de la Conducta en la investigación en psicología clínica. El Análisis Clínico de la Conducta es la disciplina de Análisis de la Conducta dedicada aplicar los principios (i.e. leyes generales del comportamiento), procesos (i.e. cambios conductuales a lo largo del tiempo) y procedimientos (i.e. técnicas y métodos de modificación de variables independientes que ponen en marcha procesos de cambio conductual) para ayudar a las personas a resolver los problemas psicológicos. Esta disciplina tiene sus fundamentos teóricos en una perspectiva analítico funcional del comportamiento humano desarrollada a partir de los resultados de trabajos experimentales (Chiesa, 1994;

Skinner, 1953). A su vez, el Análisis Clínico de la Conducta rompe con la dicotomía entre *investigación de resultados* e *investigación de factores específicos e inespecíficos*, ya que se centra en analizar los procesos conductuales que subyacen al cambio clínico (i.e. resultados) del comportamiento del cliente. El enfoque ideográfico de las intervenciones, la observación directa de la conducta del cliente, el análisis funcional de la conducta del cliente (i.e. evaluación de las variables dependientes), el control del comportamiento a través de la modificación de variables dependientes y el uso de técnicas de modificación de conducta basadas en las leyes de aprendizaje (p.ej. moldeamiento, extinción, etc.) son características metodológicas del Análisis Clínico de la Conducta que hacen posible una investigación que combina el interés por los resultados y los procesos. A su vez, los resultados de las investigaciones experimentales y aplicadas en el análisis de la conducta verbal aportan datos sobre los procesos conductuales complejos que pueden explicar el cambio conductual del cliente derivado de la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente en las intervenciones psicológicas (Carr & Miguel, 2013; Virues-Ortega & Froján-Parga, 2015). Por lo tanto, el Análisis Clínico de la Conducta supone una perspectiva teórica y empírica que aporta datos sobre los procesos subyacentes que explican los resultados de las intervenciones psicológicas.

4

Diseño, depuración y validación de un sistema de registro funcional de la conducta del terapeuta en la interacción verbal en la intervención psicológica

Las intervenciones psicológicas con personas verbalmente competentes se establecen principalmente a través de una conversación entre el terapeuta y el cliente (R. J. Kohlenberg et al., 1993; R. J. Kohlenberg & Tsai, 1991b; Virues-Ortega & Froján-Parga, 2015). Desde una perspectiva analítico funcional esta conversación supone una interacción verbal entre cliente y terapeuta en la que se ponen en marcha procesos de aprendizaje que subyacen al cambio conductual del cliente dentro y fuera de sesión. Como se ha comentado en el capítulo anterior, la investigación en análisis experimental de la conducta verbal, que ha conseguido describir, predecir y controlar operantes verbales básicas y operantes verbales complejas, sienta las bases empíricas que hacen posible realizar un análisis funcional de la interacción verbal en las intervenciones psicológicas (Virues-Ortega & Froján-Parga, 2015). La interacción verbal en sesión constituye un contexto social en el que el terapeuta, a través de procedimientos o técnicas derivadas del análisis aplicado de la conducta (p.ej. moldeamiento, reforzamiento de conductas alternativas, extinción, etc.), puede establecer y/o modificar la conducta del cliente para producir el cambio terapéutico deseado (Follette & Bonow, 2009). Por lo tanto, el análisis de la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente es fundamental para saber cuáles son los procesos fundamentales que subyacen la eficacia de las intervenciones psicológicas.

El análisis observacional directo de la interacción verbal ha sido una estrategia útil para el estudio de la interacción verbal en sesión (Calero-Elvira et al., 2013; M. X. Froján-Parga, 2010; Galván-Domínguez et al., 2020; Marchena Giráldez et al., 2013a; Virues-Ortega & Froján-Parga, 2015). Ya que hace posible el

estudio de las secuencias verbales que se producen en el contexto natural¹⁸ y hace posible el análisis de distribución de las conductas a lo largo del tiempo (Bakeman & Quera, 2011) Este método de investigación involucra el uso de un sistema de codificación de la conducta verbal del terapeuta y del cliente en sesión. El sistema de codificación supone la herramienta esencial del investigador en la metodología observacional, las unidades básicas de medida y, por lo tanto, los análisis posteriores de las mismas están circunscritos al sistema de codificación utilizado (Bakeman & Quera, 2012).

Se han utilizado diferentes sistemas de codificación de la conducta verbal en sesión. Gumz et al. en 2015 realizaron una revisión sistemática de los instrumentos de evaluación de la conducta verbal del terapeuta y del cliente. De los 34 sistemas de codificación superaron los criterios de elegibilidad 15 (44%) estaban fundamentados en una perspectiva psicoanalítica del estudio de la conducta humana y 3 (9%) estaban fundamentados en una terapia cognitivo conductual. El resto de los sistemas (47%) de los sistemas fueron clasificados como *panteóricos* (i.e. eclécticos) ya que se referían a diferentes perspectivas teóricas (Gumz et al., 2015). Además, la mayor parte de estos sistemas estaban centrados en evaluar la conducta del terapeuta. Únicamente uno de los sistemas incluidos en esta revisión está fundamentado en una perspectiva científica al estudio de la conducta humana y ha sido diseñado para evaluar la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente. Este sistema es el CIP (*Coding the Interaction in Psychotherapy*; Schindler et al., 1989), cuenta con 6 clasificaciones de la conducta del cliente: empatía, apoyo, exploración, explicación, directividad, y clasificación; y 8 categorías para la conducta del cliente: autoexpresión, descripción del problema, respuesta corta, descripción de cambio, cooperación clarificación y conducta resistente. Este sistema no ha gozado de gran aceptación dentro de la investigación de procesos debido a determinados problemas conceptuales que analizaremos en adelante.

Por otro lado, caben destacar al menos tres sistemas de codificación de la conducta verbal de la interacción verbal que no han sido incluidos en la anterior revisión sistemática: el *Sistema de Codificación del Lenguaje* (SICOLENTE; Rodríguez-Morejón et al., 2018), *Escala de Evaluación de la Psicoterapia Analítico*

¹⁸ En la interacción entre el cliente y el terapeuta se ponen en marcha técnicas y procedimientos de cambio conductual, por lo que la intervención verbal en sesión está dirigida por el profesional. Sin embargo, se puede conceptualizar esa la observación de esa interacción como una observación en el contexto natural, ya que esa interacción ocurre sin mediación de la manipulación experimental del investigador.

Funcional (FAPRS; Callaghan et al., 2008; Callaghan & Follette, 2008) y los sistemas desarrollados por el grupo de investigación *Análisis de la Conducta Verbal en Contextos Clínicos con Metodología Observacional* (ACOVEO; De Pascual-Verdú et al., 2019). SICOLENTE es un sistema creado con la intención de analizar el lenguaje y los cambios de significado que se producen en sesión, para ello cuenta con una estructura basada en tres dimensiones el *acto conversacional*, el *tema terapéutico* y el *contenido* (Rodríguez-Morejón et al., 2018). En principio, los creadores de este sistema no realizan una fundamentación teórica de las categorías que conforman el sistema. Si bien, especifican cómo las han creado, no especifican que relación tienen estas teorías con ningún proceso de cambio de ninguna teoría. Las categorías consideradas dentro del *Acto Conversacional* para el terapeuta son: la exploración, el apoyo, nueva información, exploración introduciendo nueva información y comentario; para el cliente: seguimiento y rechazo. Las categorías consideradas dentro de la dimensión *Tema Terapéutico* (i.e. tema relativo al momento terapéutico del que están hablando tanto el terapeuta como el cliente) son: mejoría, problema, objetivo, reglas, neutral, mixto. Por último, las categorías consideradas en SICOLENTE para la dimensión *Contenido* (i.e. contenido al que se refieren en sus verbalizaciones) son: conducta, pensamiento, emoción, fisiología, relación, mixto e inespecífico. En general, este sistema tiene buenas propiedades psicométricas y puede resultar de utilidad para registrar los cambios de contenido dentro de la conversación entre terapeuta y cliente (Rodríguez-Morejón et al., 2018).

Por otro lado, el FAPRS (Callaghan et al., 2008; Callaghan & Follette, 2008) es un sistema de codificación e la conducta verbal en terapia que está fundamentado en una perspectiva analítico funcional del comportamiento humano. Este sistema de codificación está concebido para servir como una escala de evaluación del funcionamiento de la Psicoterapia Analítico Funcional (PAF; Kohlenberg & Tsai, 1991). Pese a estar concebido desde una perspectiva analítico funcional, las categorías del sistema están centradas diferentes topografías de respuesta (i.e. categorías no basadas en la función) y en aspectos concretos de la propia PAF (p.ej. código TTR sirve para codificar cuando el cliente se centra en la relación terapéutica). Aparte de que este sistema no se ha concebido para categorizar la interacción verbal en intervenciones diferentes a la PAF, el sistema de codificación incluye inferencias que debe hacer el observador sobre la sesión. Por ejemplo, el observador debe interpretar si una respuesta ha sido efectiva en las categorías TRB1, TRB2 y TRB3 a determinados comportamientos del cliente. El problema no está en el hecho de realizar una inferencia sobre los comportamientos observados, sino en hacer una inferencia sobre la eficacia de los problemas observados. No obstante, este sistema de clasificación ha sido útil para evaluar el funcionamiento

de la PAF en varios casos (Busch et al., 2010; Lizarazo et al., 2015; Villas-Bôas et al., 2015) y ha sido uno de los primeros sistemas de codificación de la conducta verbal en sesión aceptados en la literatura científica analítico funcional.

Los anteriores sistemas de clasificación (i.e. CIP, SICOLENTE, FAPRS), aunque hayan sido creados desde una perspectiva analítico funcional, no están centrados en analizar las funciones de las verbalizaciones del cliente y del terapeuta. Estos sistemas están centrados en registrar diferentes topografías de verbalizaciones. Para que un sistema de observación de la interacción verbal pueda captar los procesos de cambio y las relaciones entre las conductas del terapeuta y del cliente necesita incluir las relaciones funcionales que pueden tener las conductas entre sí. Una descripción funcional pone en relación, al menos, dos términos de una contingencia. Por ejemplo, en la definición de un estímulo discriminativo se incluye la relación funcional que tiene ese estímulo con una clase de respuestas concretas (i.e. un estímulo discriminativo lo es cuando, gracias a una historia de aprendizaje previa, hace más probable la aparición de una determinada conducta). Como se ha comentado en el anterior capítulo, gracias a varias propiedades de los principios de aprendizaje las conductas verbales del terapeuta pueden tener diferentes funciones sobre la conducta del cliente y las conductas del cliente pueden tener diferentes funciones sobre la conducta del terapeuta. Estos episodios verbales, contingencias encadenadas de operantes verbales, conforman lo que denominamos interacción verbal entre terapeuta y cliente. Por lo tanto, para que un sistema de codificación de la conducta verbal nos ayude a desentrañar los procesos que se ponen en marcha en la interacción terapéutica este debe incluir descripciones funcionales en las categorías de la conducta verbal.

Uno de los problemas de incluir descripciones funcionales en las categorías de un sistema observacional de la conducta verbal es la ausencia de comprobación empírica de esas definiciones. Por ejemplo, las verbalizaciones del terapeuta pueden tener la función de estímulo reforzador positivo condicionado. Sin embargo, para constatar que esa verbalización funcional como tal, se necesitaría un análisis empírico del efecto de esa verbalización en la conducta a la que sigue temporalmente. El efecto de los reforzadores se mide en la tasa de una determinada respuesta o clase de respuestas. Estos problemas, conceptual y metodológico, que plantea un registro funcional de la conducta verbal se pueden mitigar teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales: la descripción de la conducta verbal y el papel de la comunidad verbal del terapeuta y del cliente. Se define conducta verbal como la conducta de un individuo mantenida por la conducta de otro individuo cuya conducta ha sido condicionada precisamente para ello (Skinner, 1957; Sundberg, 2020; en el capítulo anterior se desarrolla con más profundidad esta definición).

Por lo tanto, para que la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente lo sea se asume que ambos pertenecen a la misma comunidad verbal (Palmer, 2014). Además, el observador también pertenece a la comunidad verbal de la que participan el terapeuta y el cliente. Incluir al observador dentro de la comunidad verbal hace posible que se pueda interpretar la posible función de las verbalizaciones del terapeuta. El observador, formado en análisis de conducta, está en condiciones de hacer inferencias de las posibles funciones que esas verbalizaciones pueden tener en esa comunidad concreta. Por ejemplo, un elogio por parte del terapeuta (i.e. “¡Felicidades! Lo has hecho genial.”) puede ser identificado por un observador que comparte la misma comunidad verbal como un posible reforzador positivo condicionado para una determinada conducta del cliente. Aun así, solamente *a posteriori* se podría comprobar si ese estímulo ha tenido la función de un reforzador positivo condicionado. En este punto es importante incluir también el papel que juega el cálculo de los índices de acuerdo entre jueces. El cálculo de estos índices nos puede ayudar a calcular una puntuación indirecta de la función de esas verbalizaciones en la comunidad verbal de la que participan el terapeuta, el cliente y los dos observadores. Es más, el análisis de los desacuerdos puede ser valioso para analizar las topografías de conducta verbal tienen una función ambigua dentro de esa comunidad verbal.

El objetivo de validar un sistema de observación de la interacción de la conducta verbal del cliente y el terapeuta completamente funcional ha estado presente en todos los trabajos del grupo ACOVEO (De Pascual-Verdú et al., 2019). Desde esta perspectiva se han podido estudiar diferentes procesos de aprendizaje en la interacción terapéutica. Por ejemplo, se ha podido estudiar el control instruccional en terapia (Marchena-Giráldez et al., 2013), el uso de las operaciones motivadoras en sesión (De Pascual-Verdú, 2014), el control aversivo en intervención psicológica (Galván-Domínguez et al., 2020), los procesos de aprendizaje que pone en marcha la reestructuración cognitiva (Calero-Elvira et al., 2013; Froján-Parga et al., 2018) y el estudio de los procesos de aprendizaje en contextos concretos como la intervención con personas diagnosticadas de enfermedad mental grave (Álvarez-Iglesias, 2017), entre otros (una revisión de los trabajos de este grupo se puede leer en De Pascual-Verdú, 2014; Froján-Parga et al., 2007; Froján-Parga et al., 2011; Froján-Parga et al., 2008). Sin embargo, estos trabajos no presentaban un registro totalmente funcional, ya que algunas categorías de los sistemas de observación utilizados estaban centradas en la topografía de la respuesta verbal. Por ejemplo, en los trabajos dedicados a investigar la interacción del terapeuta y el cliente con personas diagnosticadas de trastorno mental grave (Álvarez-Iglesias, 2017) que son antecedentes directos de esta tesis doctoral se utilizan categorías como la *función informativa* definida

como “verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta” (p. 91). Como se ha comentado para que una definición sea funcional debe estipular la relación entre al menos dos términos de una contingencia, esta definición es una descripción morfológica de las verbalizaciones informativas. Este tipo de definiciones las podemos encontrar en los trabajos previos de este grupo (p.ej. Calero-Elvira et al., 2011; Froján-Parga et al., 2007; Montserrat et al., 2011).

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo crear un sistema de codificación observacional basado en una descripción funcional de las categorías de la conducta verbal para estudiar la interacción entre el terapeuta y el cliente en la intervención psicológica. Este sistema de categorías funcional se construye desde una perspectiva analítico funcional del comportamiento humano. No obstante, el sistema está enfocado a estudiar la interacción verbal entre cliente y terapeuta en todo tipo de intervenciones psicológicas (p.ej. psicoanálisis, terapia cognitiva, etc.), no solamente para las intervenciones analítico funcionales.

4.1 Método

Para cumplir con el objetivo de crear un sistema de codificación observacional basado en una descripción funcional de las categorías de la conducta verbal para estudiar la interacción entre el terapeuta y el cliente en la intervención psicológica, el primer paso es desarrollar el sistema de registro y el segundo es la validación de este. Ambos pasos y están relacionados entre sí y son necesarios para la consecución del objetivo planteado.

4.1.1 Participantes

Para la depuración y validación del sistema de categorización se ha contado con 66 grabaciones de 23 casos de intervención psicológica a personas diagnosticadas de *trastorno mental grave*. Las grabaciones han sido facilitadas por diferentes centros asistenciales de la red pública de atención social a personas con discapacidad derivada de enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. Las sesiones, como se detalla en la tabla 4.1, han sido dirigidas por psicólogos y terapeutas ocupacionales de los recursos asistenciales, por lo tanto, el término utilizado de ahora en adelante para denominar a los profesionales involucrados será el de *terapeuta*. Para facilitar la comparación entre los sistemas, las grabaciones analizadas en este estudio son las mismas que las utilizadas en el primer estudio empírico de Álvarez-Iglesias (2017).

La obtención de las grabaciones y el análisis de los datos de carácter personal han sido aprobados por el Comité Ético de la Universidad Autónoma de Madrid. A su vez, en todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de las personas en tratamiento y el de los terapeutas involucrados.

Observadores

Este estudio se ha llevado a cabo por dos observadores y un equipo de expertos que ha supervisado el trabajo. El observador 1 es el autor de la esta tesis doctoral, en el momento en el que se ha llevado a cabo este estudio tiene tres años de experiencia trabajando con metodología observacional. A su vez, el observador 1 junto con su directora de tesis doctoral han elaborado el diseño y el procedimiento que se describen en adelante. Por otro lado, el observador 2 miembro del mismo laboratorio tiene tres años de experiencia en el uso de metodología observacional.

4.1.2 Variables

Las variables que se medirán con el sistema de registro observacional son la conducta del terapeuta y la conducta del cliente. El sistema de registro está basado en una perspectiva analítico funcional de la intervención terapéutica, se asume que el terapeuta es directivo y que las conductas verbales del terapeuta y del cliente tienen una función en la interacción. Por lo tanto, la conducta verbal del terapeuta tendrá *funciones antecedentes y consecuentes* (i.e. variables independientes) sobre la conducta del cliente que tendrá *función respuesta* (i.e. variable dependiente) dentro de la interacción verbal. Por supuesto, la conducta del cliente también tiene diferentes funciones para la conducta del terapeuta, sin embargo, el objetivo de la intervención psicológica es el cambio conductual del cliente por lo que la perspectiva de la conducta del cliente como respuesta nos ayudará a ver cómo esta cambia en función de las verbalizaciones del terapeuta. Debido a que la función del cliente puede tener diferentes topografías y estas dependerán del objetivo de cada estudio, la depuración de este sistema se tendrá en cuenta únicamente las categorías del terapeuta.

Este estudio supone un trabajo empírico en el cual se desarrollará un sistema de codificación para medir diferentes variables de la conducta verbal del terapeuta. En estudios previos, el sistema de categorización incluía variables definidas únicamente por su topografía de respuesta, sin atender a la posible función que estas diferentes formas de conducta verbal podrían tener en la interacción terapéutica. Por ejemplo, en estos estudios se define la categoría *función motivadora* como una “verbalización del terapeuta que explicita las consecuencias que la conducta del cliente tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener sobre el cambio clínico” (Álvarez-Iglesias, 2017, p. 91). Otro ejemplo se puede encontrar en el

trabajo de Marchena publicado en 2017, la definición de la categoría *refuerzo* es “verbalizaciones de aprobación del terapeuta ante verbalizaciones del cliente relacionadas” (p. 96). Teniendo en cuenta que la definición formal de estímulo reforzador es aquel estímulo que aumenta la probabilidad de ocurrencia de una respuesta, con la definición propuesta se está excluyendo posibles topografías de respuesta que potencialmente tienen una función de reforzador.

Para solventar este problema las definiciones de las categorías del sistema de categorización deben ser funcionales, es decir, deben implicar una relación funcional entre dos o más términos de una contingencia. En este caso, en las definiciones de las categorías de la conducta verbal de terapeuta se debería incluir el efecto que estas pueden tener en la conducta del cliente. Por lo tanto, las definiciones no serán diferentes a las definiciones derivadas de los estudios de análisis experimental de la conducta. En este punto es importante diferenciar entre las definiciones que se establecen para las categorías del sistema que serán totalmente funcionales, con las descripciones del manual de registro o manual de utilización del sistema de categorización. Estas descripciones están basadas en las diferentes topografías de respuesta que potencialmente tienen una función determinada en la comunidad verbal que comparte el cliente, terapeuta y observadores.

4.1.3 Materiales

Para depurar y validar un sistema funcional de la conducta verbal del terapeuta se ha partido del sistema de registro previo SISC-INTER-CVT, en concreto, el subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT) depurado y validado en el trabajo de Álvarez-Iglesias (2017).

Para grabar la interacción verbal en terapia se han utilizado cámaras portátiles instaladas en los ordenadores de los terapeutas que una vez enviadas al grupo de investigación se han transferido a discos duros guardados bajo llave en el laboratorio. Para la creación del proyecto de investigación y el análisis de datos se ha utilizado el software *The Observer XT 12*. Para el tratamiento de datos posterior, se han utilizado los softwares *Microsoft Excel para Office 365* y a *IBM SPSS 25*.

Tabla 4.1*Características de las sesiones y los participantes.*

Caso	Sesión	Duración	Características Terapeuta				Características Usuario		
			ID	Sexo	Experiencia	Formación	Edad	Sexo	Diagnóstico
1	1	0:21:26	1	H	6 años	Psicólogo	43	H	Esquizofrenia
	2	0:22:47							
2	3	0:55:15	1	H	6 años	Psicólogo	46	H	Síndrome depresivo
	4	0:55:35							
	5	1:14:48							
	19	0:40:45	2	H	3 años	Terapeuta Ocupacional	46	H	Síndrome depresivo
	20	0:35:38							
21	0:40:35								
3	6	0:03:26	1	H	6 años	Psicólogo	38	M	Trastorno Bipolar
	7	1:30:32							
4	8	0:56:33	2	H	3 años	Terapeuta Ocupacional	30	H	Esquizofrenia Indiferenciada
	9	0:56:11							
	10	0:59:40							
	11	0:42:43							
	12	0:49:14							
	13	1:01:59							
	14	0:51:06							
5	15	0:47:14	2	H	3 años	Terapeuta Ocupacional	37	H	Trastorno Bipolar
	16	0:28:01							
	17	0:43:15							
	18	0:46:06							
6	22	0:34:39	2	H	4 años	Terapeuta Ocupacional	31	M	TLP y TCA

Caso	Sesión	Duración	Características Terapeuta				Características Usuario		
			ID	Sexo	Experiencia	Formación	Edad	Sexo	Diagnóstico
	23	0:29:11							
	24	0:42:13							
	25	0:41:31							
	26	0:12:25							
7	27	0:32:48	3	M	9 años	Psicóloga	44	M	Trastorno mixto de personalidad + Rendimiento intelectual límite
	28	0:28:32							
	33	0:26:58							
	34	0:37:09							
	35	0:04:22							
	36	0:47:28							
8	29	0:31:03	3	M	9 años	Psicóloga	54	H	Esquizofrenia Residual
	30	0:25:56							
	37	0:17:20							
	44	0:24:37							
9	31	0:35:45	3	M	9 años	Psicóloga	40	M	Trastorno Bipolar
	32	0:32:26							
10	38	0:44:00	3	M	9 años	Psicóloga	38	H	Esquizofrenia Residual
	39	0:42:38							
11	40	0:35:20	1	H	6 años	Psicólogo		M	
	41	0:45:26							
12	42	0:09:55	4	M	5 años	Psicóloga	*	H	*
13	43	0:13:54	4	M	5 años	Psicóloga		M	
14	45	0:37:12	4	M	5 años	Psicóloga	*	M	*

Caso	Sesión	Duración	Características Terapeuta				Características Usuario		
			ID	Sexo	Experiencia	Formación	Edad	Sexo	Diagnóstico
15	46	0:29:57	4	M	5 años	Psicóloga		M	Esquizofrenia paranoide
16	47	0:55:54	4	M	5 años	Psicóloga	*	H	*
17	48	0:19:16	4	M	5 años	Psicóloga		H	Esquizofrenia
	49	0:24:08							
18	50	0:18:12	4	M	5 años	Psicóloga		M	Esquizofrenia Paranoide
19	51	0:10:39	4	M	5 años	Psicóloga	*	H	*
20	52	0:34:28	4	M	5 años	Psicóloga	42	H	Esquizofrenia paranoide
	53	0:29:13							
	54	0:26:43							
	55	0:20:48							
	56	0:34:34							
	57	0:26:54							
21	58	0:39:20	4	M	5 años	Psicóloga	28	H	Trastorno Bipolar
	59	0:22:51							
	60	0:40:53							
	61	0:23:55							
	62	0:16:19							
	63	0:18:34							
	64	0:25:19							
22	65	0:35:38	4	M	5 años	Psicóloga	27	M	Trastorno Personalidad
23	66	0:46:39	5	M	*	Psicóloga	*	M	*

4.1.4 Procedimiento

El procedimiento de este estudio se puede dividir en dos grandes partes: el desarrollo del sistema de codificación y la validación del sistema de codificación de la conducta verbal del terapeuta en contextos clínicos. Éstas, a su vez, se dividen en 9 fases. En la tabla 4.3 se resumen las fases del procedimiento que se explican con detalle a continuación.

Tabla 4.2

Resumen del procedimiento.

Desarrollo del sistema de codificación	
Fase 1	Observación asistemática.
Fase 2	Reunión con grupo de expertos.
Fase 3	Creación del proyecto de observación.
Fase 4	Depuración del sistema.
Fase 5	Versión final del sistema de categorización.
Validación del sistema de codificación	
Fase 6	Selección de la muestra.
Fase 7	Registro de la muestra.
Fase 8	Análisis de datos. <ul style="list-style-type: none">- Análisis descriptivo.- Análisis de conglomerados.- Análisis discriminante.
Fase 9	Comparación de resultados.

Fase 1. Observación asistemática. El observador 1 y 2 realizaron observaciones de diferentes grabaciones de interacción clínica con personas diagnosticadas con enfermedad mental grave y sin diagnóstico. El propósito de esta fase fue que los observadores se familiarizaran con la muestra de este estudio, identificaran diferencias, dificultades y posibles soluciones a estas. Los comentarios de ambos observadores se pusieron en común con el grupo de expertos en la siguiente fase.

Fase 2. Reunión con el grupo de expertos. El grupo de expertos estaba formado por la supervisora de este estudio e investigadores formados en metodología observacional que han llevado a cabo estudios en este campo y publicado diferentes artículos relacionados con el tema. Tras la reunión con el grupo de expertos se acordó que el sistema de categorización contase con categorías cuantitativas categóricas y mutuamente excluyentes en las que se registrase la ocurrencia de la conducta. Se valoró registrar la duración de las verbalizaciones, pero se descartó este tipo de registro ya que el registro sería funcional y no centrado en la topografía de respuesta. Siguiendo la misma lógica se deciden reducir los modificadores de las categorías del sistema. En sistemas de categorización anteriores se valoró positivamente la introducción del registro de diferentes topografías de una misma función. Por ejemplo, para la función de estímulo discriminativo (*verbalización con función discriminativa*) existían diferentes categorías atendiendo a su topografía: *general, indicando, conversacional y fallido*. Sin embargo, se recomendó mantener los relacionados con las funciones de reforzador y castigo. En general el grupo de expertos acordó realizar un primer borrador del sistema centrado en las funciones derivadas de los estudios en análisis experimental de la conducta que podría tener las verbalizaciones del terapeuta (función antecedente, operación motivadora y consecuente) para la conducta del cliente (función respuesta).

Fase 3. Creación del proyecto de observación. El observador 1 creó el proyecto de observación utilizando el software *The Observer XT 12*. En este se prepara el diseño siguiendo un método observacional de muestreo continuo y con una duración de la observación abierta a la duración de las sesiones clínicas. Por otro lado, en el proyecto de observación se introdujo sistema de categorización provisional en el que se indicaba que todos los registros son categoriales, mutuamente exclusivos y exhaustivos.

Fase 4. Depuración del sistema. Los observadores registran por separado. Se ponen en común los acuerdos y se analizan los desacuerdos junto con la supervisora. En esta fase se toman decisiones prácticas que se reflejan en la versión final del manual de observación (p. ej. registrar las conductas justo cuando acaben, en caso de duda no registrar, etc.). A su vez se decide incluir diferentes modificadores a la función de *Operación Motivadora*. Los observadores encontraron difícil el registro de las operaciones motivacionales sin modificadores ya que muchas verbalizaciones que cumplían los criterios para ser registradas como operaciones motivadoras tenían grandes diferencias entre ellas. Con el objetivo de no convertir esta categoría en un cajón de sastre se crearon cinco modificadores que atienden al procedimiento por el cual se genera la operación motivadora: operación motivadora apetitiva mediante emparejamiento y mediante consecuencias; operación motivadora aversiva mediante emparejamiento y mediante consecuencias y, por

último, operación motivadora con contenido clínico. Por otro lado, en este momento se decide dejar fuera del sistema de registro la conducta del cliente. Ésta sigue siendo manteniendo la función de respuesta y las verbalizaciones del terapeuta de antecedentes, operaciones motivadoras y consecuentes. No obstante, se toma la decisión práctica de dejar fuera de la depuración la conducta del cliente ya que este estudio tiene como objetivo el análisis de la conducta del terapeuta. El sistema de categorización del cliente se debería adaptar posteriormente a los problemas de cada caso en concreto.

Fase 5. Versión final del sistema. Tras obtener un índice de acuerdo entre observadores satisfactorio ($k > 0.60$) y estable, se da por finalizada la creación del sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta y el manual de observación para el uso apropiado del sistema de categorización. Esta fase supone el final del desarrollo del sistema de categorización como tal. Las siguientes fases del procedimiento están dedicadas a validar el sistema en la muestra descrita en el apartado de participantes.

Fase 6. Elección de la muestra para validar el sistema. En este caso la elección de las grabaciones atiende a varios criterios. En primer lugar, se pretende ajustar la muestra utilizada a los objetivos de la presente tesis doctoral, por lo tanto, se tomó la decisión de validar el sistema de observación en grabaciones de interacción clínica con personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. En segundo lugar, por primera vez en esta línea de investigación se contaba con grabaciones previamente registradas con un sistema de codificación antiguo. Esto hizo que se eligiesen esas mismas grabaciones para poder comparar posteriormente los resultados del sistema de registro nuevo con los antiguos. El resultado fue la elección de 66 sesiones clínicas con personas diagnosticadas de enfermedad mental grave que se han descrito con anterioridad el apartado *Participantes*.

Fase 7. Registro de la muestra. De forma independiente, el observador 1 registró 40 sesiones de la muestra (60,6% del total) y el observador 2 registró otras 40 sesiones de la muestra (60,6% del total). Para obtener los datos de fiabilidad entre jueces se compararon los resultados de las 14 sesiones que ambos registraron (21,21% del total). Los datos de esta comparación se muestran en el apartado *Resultados* en la tabla 4.3.

Fase 8. Análisis de datos. Una vez se terminó con el registro de la muestra se exportaron los datos del proyecto de observación creado en el software *The Observer XT 12* al software *Microsoft Excel para Office 365* y a *IBM SPSS 25*. El análisis descriptivo de los resultados del registro se llevó a cabo utilizando la opción *behavior analysis* en el *The Observer XT 12*. Las tablas y gráficos que se presentan en esta parte han sido

creadas con el *Microsoft Excel para Office 365*. El análisis de conglomerados y el análisis discriminante se hicieron en el software *IBM SPSS 25*, así como las tablas que se presentan con estos análisis. Los detalles estadísticos de cómo se llevaron a cabo estos análisis se detalla en el siguiente apartado del método.

Fase 9. Comparación de resultados. En esta fase se contaba con los registros previos codificados con el sistema antiguo de las mismas 66 sesiones clínicas. Estos resultados se analizaron siguiendo los mismos pasos que en la fase 8 detallados en *Análisis de datos*. Se hizo un análisis descriptivo de la muestra, un análisis de conglomerados y un análisis discriminante para hacer posible la comparación de los resultados y así dar por finalizada la validación del sistema de codificación de la conducta verbal del terapeuta en contextos clínicos.

4.1.5 Análisis de datos

Para el cálculo de la fiabilidad entre observadores del sistema de categorías se ha utilizado el coeficiente kappa que atiende a la siguiente ecuación.

$$\kappa = \frac{Pr(a) - Pr(e)}{1 - Pr(e)}$$

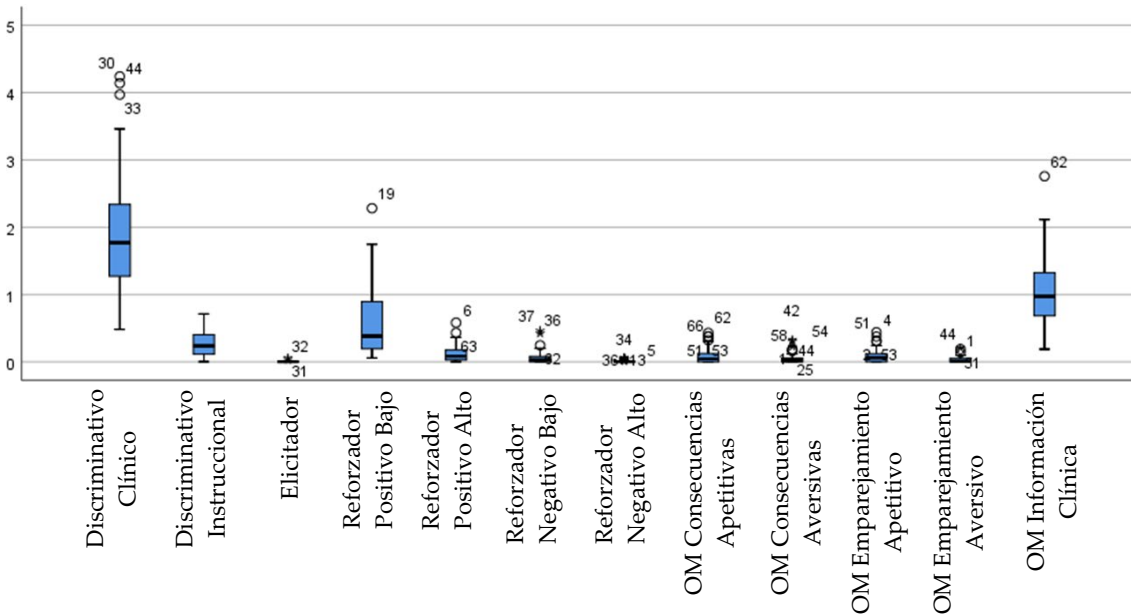
En la que $Pr(a)$ representa el acuerdo observado y $Pr(e)$ representa la probabilidad de acierto. Para la fiabilidad intra-observador se ha utilizado la misma ecuación, pero se han comparado el registro de las mismas sesiones por el Observador 1 pasado un mes del primer registro.

La duración de las sesiones es variable (p. ej. $t_{S6} = 03:26$ y $t_{S5} = 1:14:48$; ver tabla 4.1). Esto nos plantea un problema a la hora de utilizar la tasa por hora de las conductas registradas para los análisis estadísticos. Se planteó utilizar la tasa por hora estimada por hora de grabación basándose en las conductas registradas. No obstante, esa medida puede ser poco fiable para las sesiones de corta duración. Por lo tanto, para los análisis estadísticos de este trabajo se ha utilizado la tasa por minuto de las conductas registradas como alternativa a la ocurrencia y a la tasa por hora de éstas por sesión.

Antes de proceder con el análisis de conglomerados se hizo un análisis de los datos obtenidos para reducir la influencia de casos atípicos. Como puede observar en la figura 4.1. sí se continúa haciendo los análisis estadísticos con estos datos incluiríamos la influencia de los casos atípicos. En este caso esta influencia se debería a una asimetría positiva. Para eliminar esta influencia, siguiendo la escalera de transformaciones de Tukey, se ha realizado la transformación por el cálculo de la raíz cuadrada indicada para corrección de asimetrías positivas.

Figura 4.1

Análisis de valores atípicos.



A su vez, antes de proceder con el análisis de conglomerados es necesario evaluar que las variables tienen una distribución normal y no correlacionan entre sí. Tras la transformación por la raíz cuadrada de los datos se analizó la distribución normal de los datos, solamente las variables *Discriminativo* e *Instruccional* se distribuían según el supuesto de normalidad. Por otro lado, los modificadores de las variables *Reforzador*, *Castigo* y *Operación Motivadora* correlacionaban entre sí. Para evitar las influencias de la correlación de variables y el incumplimiento del supuesto de normalidad en el análisis de conglomerados se eliminaron los modificadores de las variables indicadas. Tras esta modificación, como se puede ver en la figura 4.2, los datos cuentan con una menor influencia de valores atípicos, en la tabla 4.x la distribución normal de los datos para todas las variables excepto para *Castigo* y en la tabla 4.x la ausencia de correlación entre las variables excepto para la variable *Reforzador* y *Operación Motivadora*.

El análisis de conglomerados, en el que se han introducido todas las variables resultantes de las transformaciones previas, se ha utilizado un método jerárquico aglomerativo conocido como método de Ward y como medida de similaridad la distancia euclídea al cuadrado. Este método es el indicado para variables cuantitativas y se adapta estadísticamente al objetivo de este estudio.

Para el análisis discriminante se ha utilizado el método de inclusión por pasos en el cual la variable de agrupación son los grupos formados por el análisis de conglomerados realizado con anterioridad. Antes de proceder con el análisis discriminante se ha realizado una comparación de las varianzas de los grupos

mediante la prueba de Lambda de Wilks y la prueba de Box para comparar las covarianzas entre los grupos creados por el análisis de conglomerados. Para realizar el análisis discriminante es necesario que las varianzas y covarianzas de los grupos creados sean distintas. En este caso Lambda de Wilks y la prueba M de Box nos indican que las varianzas y covarianzas de los grupos no son iguales ($p < 0,01$) por lo que se puede aplicar el análisis discriminante a los grupos formados previamente.

4.2 Resultados

Tras el proceso de depuración del sistema descrito en las fases 1 a 5 del procedimiento y conseguir una fiabilidad estable en niveles aceptables ($k > 0.60$), el sistema resultante cuenta con cinco categorías diferentes que se exponen en la tabla 4.3.

Tabla 4.3

Sistema de registro funcional de la conducta verbal del terapeuta.

Categoría	Descripción Funcional
Estímulo Discriminativo	Estímulo antecedente que aumenta la probabilidad de una determinada respuesta o clase de respuesta. En la misma función se han diferenciado dos topografías*: - Estímulo discriminativo clínico - Estímulo discriminativo instruccional
Operación Motivadora Condicionada	Estímulo antecedente que altera el valor reforzante de un estímulo consecuente y altera la frecuencia de las conductas relacionadas con ese estímulo consecuente.
Estímulo Reforzador Condicionado Positivo	Estímulo consecuente que aumenta la probabilidad de una conducta operante cuando tiene una contingencia positiva con la respuesta y la disminuye cuando tiene una contingencia negativa con la respuesta
Estímulo Reforzador Condicionado Negativo	Estímulo consecuente que disminuye la probabilidad de una conducta operante cuando tiene una contingencia positiva con la respuesta y la aumenta cuando tiene una contingencia negativa con la respuesta (también conocido como estímulo aversivo).

* *Nota:* las dos categorías tienen la misma función, se han dividido porque discriminaban respuestas diferentes en los clientes. En el anexo 1 se adjunta el manual de observación en el que aportan más detalles de esta división.

La figura 4.2. resume visualmente las categorías de la conducta del terapeuta. En el anexo 1 se adjuntan las descripciones de cada categoría y se añade el manual de registro para observadores resultante del proceso de depuración. El desarrollo de este manual hace posible que otras personas puedan utilizar el mismo sistema en otros estudios.

Figura 4.2

Esquema general del sistema de registro de la interacción verbal en terapia



Una vez que se ha obtenido la versión final del sistema se ha empezado con el registro por separado de la muestra descrita en el apartado de *participantes* en el método. En la tabla 4.3 se pueden ver los resultados de la fiabilidad obtenida por el observador 1 y el observador 2 en el registro del total de la muestra. Por otro lado, en la tabla 4.4 se muestran los datos de fiabilidad inter-observador llevados a cabo por el observador 1. Ambos indicadores oscilan entre puntuaciones buenas ($k > 0.60$) y muy buenas ($k > 0.80$).

Tabla 4.4

Datos de fiabilidad entre observadores.

Comparación	% de acuerdo	Kappa
1	67,13	0,63*
2	69,60	0,65*
3	65,85	0,62*
4	65,72	0,62*
5	73,52	0,70*
6	86,60	0,84*
7	78,03	0,75*
8	80,98	0,78*
9	84,13	0,80*
10	80,71	0,76*
11	79,24	0,76*
12	85,16	0,78*
13	78,12	0,74*
14	82,59	0,80*

Nota: $p < 0,01$

Tabla 4.5*Datos fiabilidad intra-observador*

Comparación	% de acuerdo	Kappa
1	79,75	0,76*
2	86,99	0,84*
3	79,72	0,77*
4	78,19	0,75*
5	77,77	0,75*
6	74,29	0,71*
7	72,55	0,68*
8	79,35	0,76*
9	77,66	0,74*
10	83,81	0,80*

Nota: $p < 0,01$

El registro de las verbalizaciones del terapeuta con el nuevo sistema nos permite realizar los análisis descriptivos, análisis de conglomerados y análisis discriminantes descritos en el apartado del método. En el Anexo 2 se exponen los estadísticos descriptivos de cada una de las variables en las 66 sesiones clínicas registradas.

Antes de realizar el análisis de conglomerados, para reducir la influencia de los valores atípicos, cumplir los supuestos de normalidad y no correlación entre las variables, se ha realizado la transformación por la raíz cuadrado de las puntuaciones y se han sumado las puntuaciones de los modificadores de las variables *Reforzador*, *Castigo* y *Operaciones Motivacionales*. En la figura 4.3 se puede ver la ausencia de influencia de puntuaciones atípicas.

En la tabla 4.8 se resumen las pruebas de normalidad para las conductas registradas. Solamente la variable *Castigo* no cumple el supuesto de normalidad. Aunque no se cumpla la normalidad si analizamos el gráfico Q-Q para la variable *Castigo* figura 4.4. se puede ver que la variable se distribuye de forma normal. Las pruebas de normalidad son sensibles a la cantidad de puntuaciones que tiene la variable. En el caso de *Castigo* es posible que haya pocas puntuaciones para que se cumpla normalidad con las pruebas de

normalidad típicas. Por lo tanto, tras el análisis visual podríamos asumir el supuesto de normalidad para todas las variables que se incluirán en el análisis de conglomerados.

Figura 4.3.
Análisis valores atípicos

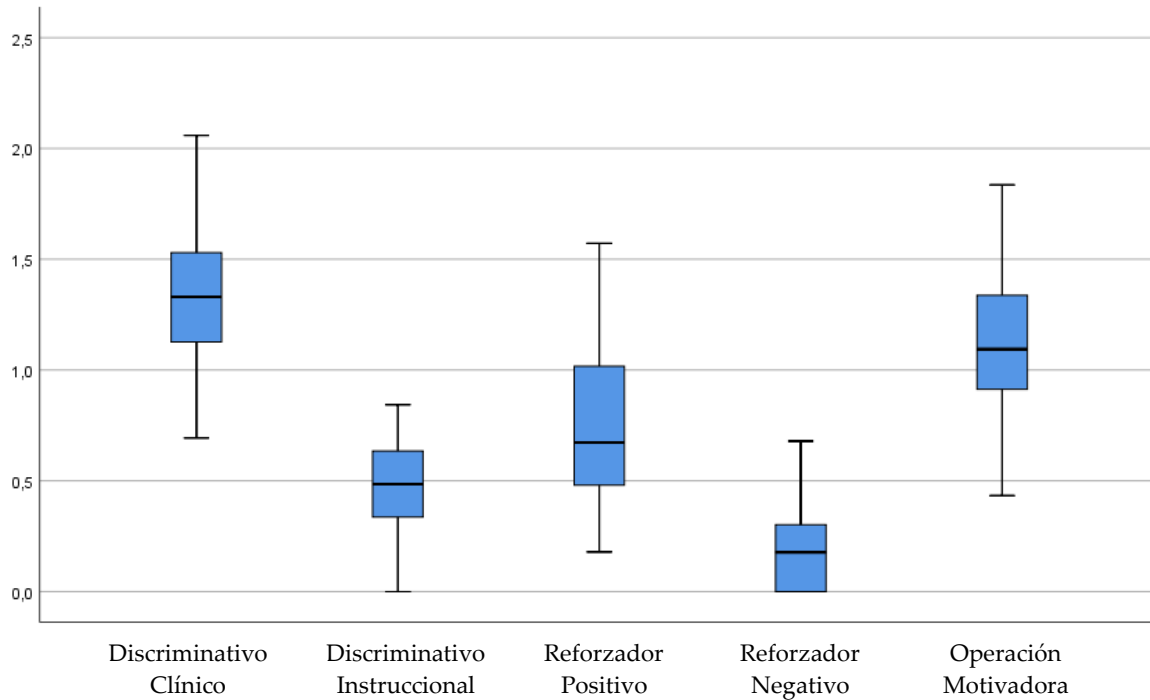


Tabla 4.7.
Pruebas de Normalidad

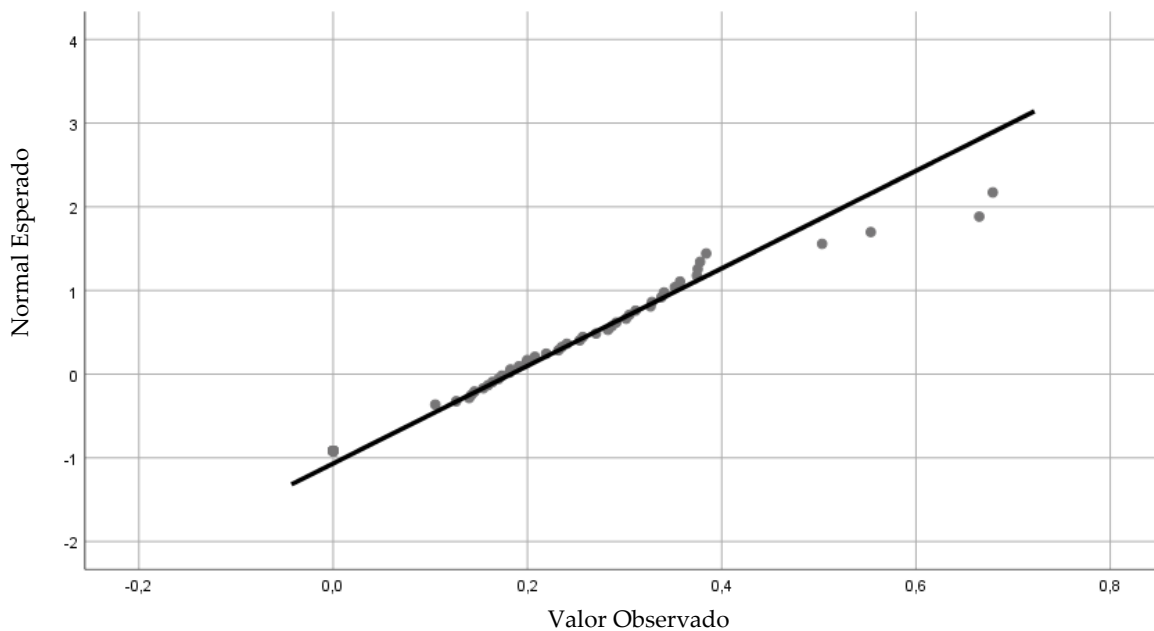
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Discriminativo Clínico	,066	66	,200*	,984	66	,568
Discriminativo Instruccional	,074	66	,200*	,964	66	,053
Reforzador Positivo	,127	66	,010	,961	66	,037
Reforzador Negativo	,206	66	,000	,884	66	,000
Operación Motivadora	,057	66	,200*	,994	66	,986

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Figura 4.4

Gráfico Q-Q normal de Reforzador Negativo



Antes de realizar con el análisis de conglomerados hay que evaluar la correlación entre las variables del estudio. Tras agregar los diferentes modificadores de las variables *Reforzador*, *Castigo* y *Operaciones Motivacionales* en la tabla 4.8 se puede ver cómo las variables no correlacionan entre si excepto la variable *Operaciones Motivacionales* con la variable *Instruccional* y *Castigo*. Esto puede hacer que a la hora de realizar el análisis de conglomerados la correlación entre estas variables indique que se está introduciendo información redundante y por lo tanto se pueda dar más peso del debido para formar los diferentes grupos. La solución para esto podría ser eliminar las variables o sumarlas para crear otra nueva variable.

Tras debatir estas posibles soluciones preferimos realizar el análisis asumiendo el posible sesgo por la correlación entre dichas variables. Con anterioridad hemos sumado las puntuaciones de los modificadores de las mismas variables, pero lo que no podemos sumar variables totalmente diferentes teóricamente para ajustarnos a la perfección requerida por el modelo matemático.

Tabla 4. 8*Correlaciones entre las variables*

	Discriminativo Clínico	Discriminativo Instruccional	Reforzador Positivo	Reforzador Negativo	Operación Motivadora
Discriminativo Clínico	1	-,099 ,427 66	-,162 ,193 66	,098 ,435 66	-,151 ,226 66
Discriminativo Instruccional		1	,280 ,023 66	,129 ,303 66	,384** ,001 66
Reforzador Positivo			1	-,201 ,106 66	,235 ,057 66
Reforzador Negativo				1	,371** ,002 66
Operación Motivadora					1

**Correlación significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Por otro lado, la influencia de las correlaciones en este estudio no aparece en las demás variables del estudio. Por lo tanto, tras eliminar la influencia de valores atípicos, probar los supuestos de normalidad y ver que la correlación entre las variables del estudio no es absoluta se procede al análisis de conglomerados. El primer resultado que nos arroja este análisis se puede ver en dendrograma representado en la figura 4.5. En el cual se ve claramente que el número óptimo de grupos que se forman a partir de los datos es tres.

En la tabla 4.9. se puede ver la distribución por grupos resultante del análisis de conglomerados. A su vez en las tablas 4.10 y las tablas 4.11 se pueden ver los estadísticos descriptivos de las variables en los tres conglomerados.

Tabla 4.9*Distribución de las sesiones en los tres conglomerados.*

Método Ward	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	22	33,3	33,3
	2	30	45,5	78,8
	3	14	21,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Figura 4.5

Dendrograma de los grupos formados por un enlace de Ward.

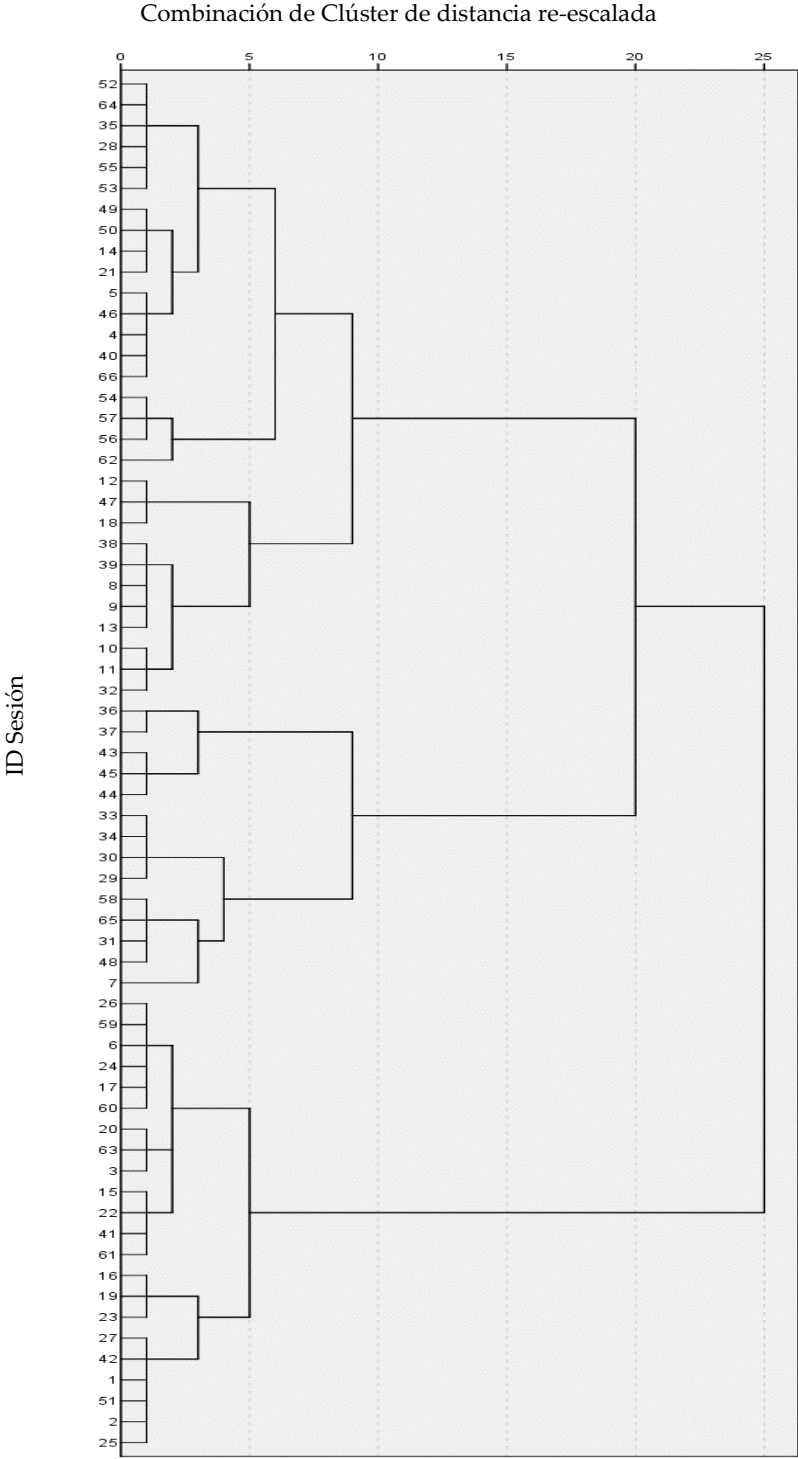


Tabla 4.11

Media de la tasa por minuto de las variables para los grupos.

Método Ward	Discriminativo Clínico	Discriminativo Instruccional	Reforzador Positivo	Reforzador Negativo	Operación Motivadora
1	1,710	,375	1,310	,035	1,301
2	1,398	,230	,381	,066	1,412
3	3,145	,180	,331	,097	1,055

En este punto es importante ver si los grupos formados se diferencian realmente entre sí, qué función matemática es la mejor para diferenciar los grupos, que variables tienen más peso en la función y ver el valor predictivo de las funciones creadas para estos grupos. Para ello se ha realizado el análisis discriminante.

El primer paso ha sido comprobar si los grupos difieren entre sí. Como se ha detallado en el apartado *análisis de datos* la igualdad de los grupos se analiza comparando la matriz de covarianzas de las puntuaciones de los grupos. Como se puede ver en la tabla 4.12 se rechaza a hipótesis nula que implica igualdad entre las covarianzas de los grupos, por lo tanto, se asume que estos grupos son diferentes entre sí.

Tabla 4.12

Prueba M de Box para la igualdad de las covarianzas entre los grupos.

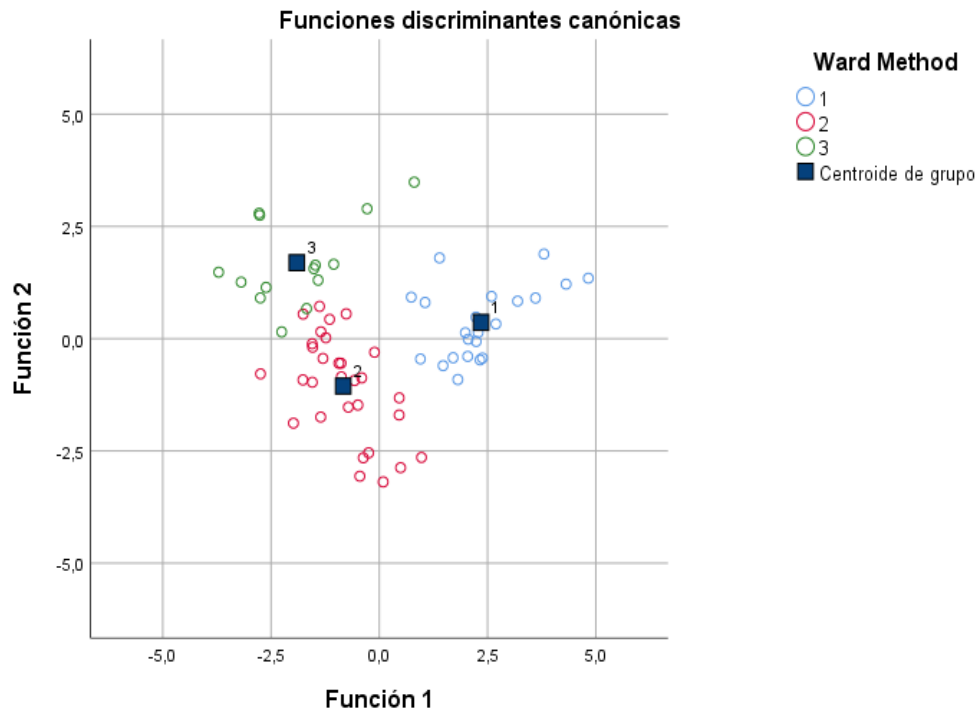
M de Box	66,191
F	Approx 2,961
..	
gel 1	20
go 2	6967,298
Sig.	,000

Nota al pie: Prueba la hipótesis nula de las matrices de covarianzas de población iguales.

En la figura 4.6 se expone una representación de la clasificación de los grupos por las funciones creadas tras el análisis discriminante. Estas funciones permiten clasificar correctamente el 95,5% de los casos agrupados en el análisis de conglomerados y tienen un valor predictivo del 90,9% (ver tabla 4.14)

Figura 4.6

Representación gráfica de los grupos.



Por último, es interesante saber qué variables han tenido más influencia en las funciones discriminantes que nos permiten dividir los grupos entre sí. Como se puede ver en la tabla 4.13 los coeficientes de función de clasificación que más importancia han tenido para agrupar las sesiones en el grupo 1 han sido *Instruccional y Reforzador alto y bajo*; para el grupo 2 ha sido la *Operación Motivadora con información clínica*; y para el grupo 3 la *función discriminativa*. Las implicaciones teóricas de estos resultados junto con los estadísticos descriptivos de los grupos serán analizadas en el siguiente apartado.

Tabla 4.13*Peso de las variables en la función discriminante de los grupos: Coeficientes de función de clasificación*

	Método Ward		
	1	2	3
Discriminativo Clínico	25,597	22,407	35,114
Discriminativo Instruccional	13,459	2,929	-1,977
Reforzador Positivo	28,029	12,020	11,695
Reforzador Negativo	13,697	3,402	3,602
Operación Motivadora	5,104	14,205	12,197

Funciones discriminantes lineales de Fisher

Tabla 4.13*Resultados de clasificación a partir de las funciones discriminantes*

		Método Ward	Pertenencia a grupos pronosticada			Total
			1	2	3	
Original	Recuento	1	22	0	0	22
		2	0	28	2	30
		3	0	1	13	14
	%	1	100,0	0	0	100
		2	0	93,3	6,7	100
		3	0	7,1	92,9	100
Validación cruzada ^b	Recuento	1	22	0	0	22
		2	0	27	3	30
		3	1	2	11	14
	%	1	100,0	0	0	100
		2	0	90,0	10,0	100
		3	7,1	14,3	78,6	100

a. 95,5% de casos agrupados originales clasificados correctamente.

b. La validación cruzada se ha realizado sólo para aquellos casos del análisis. En la validación cruzada, cada caso se clasifica mediante las funciones derivadas de todos los casos distintos a dicho caso.

c. 90,9% de casos agrupados validados de forma cruzada clasificados correctamente.

4.3 Discusión

En este estudio se ha creado depurado y validado un sistema de registro de la interacción verbal en terapia fundamentado en una perspectiva analítico funcional al estudio de la conducta verbal del terapeuta y del cliente. Todas las categorías del sistema de observación son puramente funcionales, ya que están basadas en los posibles efectos de la conducta verbal del terapeuta sobre la conducta del cliente. Otros sistemas de observación están basados en descripciones topográficas de las conductas verbales del terapeuta, lo que hace que estos tengan un gran número de variables o estén centrados en un tipo de terapia concreta (p.ej. FAPRS) y dificulte el estudio del efecto de la conducta verbal del terapeuta sobre la conducta del cliente. Una de las principales aportaciones de la depuración de este sistema son los grados de acuerdo y fiabilidad obtenidos utilizando descripciones funcionales de la conducta verbal ($\bar{x} = k 0,73$). Estos datos son similares a los encontrados en trabajos previos (p.ej. Calero-Elvira et al., 2011; Froján-Parga et al., 2008; Marchena-Giráldez et al., 2013) lo cual es un indicador de que, pese a no centrarse en descripciones topográficas de la conducta verbal, el sistema de observación no ha perdido fiabilidad lo cual hace posible sacar partido pleno a las capacidades de un sistema funcional.

El sistema resultante tiene únicamente cinco categorías de registro para la conducta verbal del terapeuta (Discriminativo Clínico Discriminativo Instruccional, Operación Motivadora, Reforzador Positivo y Reforzador Negativo) frente a las 15 categorías de la conducta del terapeuta en el FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) y frente a las 17 categorías del SISC-CVT (Álvarez-Iglesias, 2017). El sistema de observación SISC-CVT es el antecedente directo del sistema depurado en este trabajo (i.e. sistema ACOVEO), por lo que la comparación entre los resultados de ambos sistemas es necesaria para justificar la utilidad de este sistema. Una de las principales ventajas que tiene el sistema ACOVEO frente al SISC-CVT¹⁹ es el cumplimiento del supuesto de normalidad de las observaciones. Las cinco categorías cumplen este necesario para diferentes técnicas estadísticas de exploración de los datos. Por otro lado, ambos sistemas obtienen resultados similares en el análisis discriminante, ambos trabajos determinan que la mejor forma de clasificar las sesiones es en tres grupos. Gracias al análisis de las funciones discriminantes, en este estudio el primero de los grupos está compuesto por 22 sesiones (33,3%) en las que las funciones *Discriminativo Instruccional* y *Estímulo Reforzador Positivo* son las variables que más peso relativo tienen a la hora de

¹⁹ Es importante tener en cuenta que se han analizado las mismas 6 en ambos trabajos.

diferenciar estas sesiones de las conformadas por otro grupo. Por estas características y teniendo en cuenta trabajos previos a este grupo le llamaremos *Sesiones de Tratamiento*. Por otro lado, el grupo 2, formado por 30 sesiones (45%), tiene como característica principal el predominio de la función *Operación Motivadora* y muy poco peso de los *discriminativos instruccionales* por lo que a este grupo le llamaremos *Sesiones de Explicación*. Por último, la función Discriminativo Clínico es la que mayor peso tiene para distinguir las 14 sesiones (21,2%) pertenecientes al grupo 3 de las demás, por lo que nos referiremos a este grupo como *Sesiones de Evaluación*. Estos resultados son más precisos que los mostrados por el SISC-CVT (Álvarez-Iglesias, 2017) porque (1) no dan lugar a una interpretación mixta de los grupos de sesiones, por ejemplo grupos de sesiones denominados explicación/tratamiento (p.114) o tratamiento/consolidación (p.115); (2) tiene mejores propiedades predictivas ya que esta clasificación da lugar a un 95% de acierto en una clasificación basada en las funciones discriminantes (90,9% si se trata de una validación cruzada). Por otro lado, es importante reconocer que ambos trabajos distribuyen las sesiones de forma similar. Por ejemplo, en ambos trabajos el grupo denominado *Sesiones de Evaluación* tiene un número similar de sesiones asignadas 14 frente a las 10 del trabajo anterior. En el grupo denominado *Sesiones de Explicación* se clasificaron 30 sesiones frente a las 34 del anterior trabajo denominado *Explicación/Tratamiento* (Álvarez-Iglesias, 2017). Por último, en las sesiones de Tratamiento se clasificaron 22 sesiones en ambos trabajos (aunque recibían el nombre de tratamiento/consolidación). Esta comparación arroja varias interpretaciones. La primera es que ambos sistemas tienen una potencia similar para discriminar entre diferentes sesiones. Sin embargo, los resultados del sistema ACOVEO, posiblemente debido al menor número de categorías, tienen una interpretación más sencilla y tienen una potencia discriminante que supera al anterior sistema. Por otro lado, que con menos categorías se puedan obtener resultados similares puede indicar que muchas de las categorías del sistema SISC-CVT podrían ser funcionalmente equivalentes entre sí (p.ej. diferentes topografías de los Estímulos Discriminativos).

Aparte de la comparación con trabajos anteriores, este sistema permite hacer un registro de las sesiones directamente relacionado con los efectos de las conductas verbales del terapeuta sobre la conducta del cliente. Por lo que facilita el estudio de las secuencias operantes que pueden formar parte de los procedimientos utilizados por el terapeuta para poner en marcha procesos de cambio conductual. De esta forma en estudios empíricos se puede evaluar si una categoría de la conducta verbal del terapeuta tiene el efecto previsto en la comunidad verbal. En este punto creemos que es importante discutir sobre el papel que juega la comunidad verbal en el registro funcional de la conducta verbal. La comunidad verbal es el

conjunto de individuos que comparten un conjunto de prácticas de condicionamiento arbitrario de respuestas como hablante y escucha. Este conjunto de prácticas (i.e. lenguaje) tiene su origen en la historia de aprendizaje de los individuos en la comunidad verbal por lo que es un concepto funcional y no estructural o esencialista (ver capítulo 1). Sin embargo, en este conjunto de prácticas arbitrarias de condicionamiento de la conducta de los individuos de la comunidad verbal se pueden encontrar momentos temporales en los que determinadas topografías de conducta tengan una función -temporalmente- estable en la comunidad verbal. Por ejemplo, se puede asumir que en la interacción de dos individuos verbalmente competentes de nuestra comunidad verbal la pregunta “¿Cuántos años tienes?” tiene la función de Estímulo Discriminativo ya que aumenta la probabilidad de la aparición de una determinada clase de respuesta verbal en el escucha. Cualquier persona con educación en los conceptos básicos de una aproximación analítico funcional de la conducta verbal puede identificar qué función tiene esa pregunta en nuestra comunidad verbal. En este argumento reside uno de los pilares básicos del sistema de observación funcional depurado en este estudio. Es importante reconocer que los observadores derivan de las topografías de conducta verbal del terapeuta determinadas funciones, pero las categorías no están centradas en una determinada topografía, sino que indican la función que debería cumplir la topografía de respuesta que van a registrar. Como se ha comentado este sistema está formado por cuatro potenciales funciones básicas que puede tener la conducta verbal del terapeuta sobre la conducta del cliente.

Cada una de las funciones del sistema ACOVEO corresponde con una categoría de la conducta verbal, excepto la función Estímulo Discriminativo, que se divide en dos: Estímulo Discriminativo Clínico y Estímulo Discriminativo Instruccional. La división de la misma función en dos diferentes topografías tiene un origen también funcional. Desde el inicio de las investigaciones en la interacción verbal entre terapeuta y cliente los diferentes sistemas dividían, al menos, dos categorías de control antecedente de la conducta verbal. Por un lado, están las topografías de conducta verbal del terapeuta que se corresponderían con preguntas y por el otro lado están las topografías asociadas a instrucciones. Sin embargo, desde un punto de vista funcional ambas categorías tienen la misma función, hacer más probable la aparición de una determinada respuesta o clase de respuesta en el escucha. No obstante, en esta definición funcional se asume que puede haber diferentes clases de estímulos discriminativos asociadas a diferentes clases de respuesta. Teniendo en cuenta los estudios empíricos anteriores y los resultados de este trabajo, parece razonable mantener las dos categorías con función estímulo discriminativo, ya que es probable que estas dos

topografías de conducta discriminen clases de respuesta en el cliente diferentes. Es esta la razón funcional por la que se ha mantenido la división entre estos dos tipos de estímulos discriminativos.

Por la misma razón, durante el proceso de depuración se intentó diferenciar diferentes topografías de Operaciones Motivadoras Condicionadas. Sin embargo, estas diferencias no habían sido planteadas en estudios empíricos previos y en los resultados de este trabajo parecía ser que las categorías no cumplían los supuestos estadísticos suficientes para que esta diferenciación pudiera ser mantenida dentro del sistema de observación. Cabe destacar que a pesar del resultado de este estudio es posible que el estudio de las diferentes topografías de verbalizaciones con una potencial función de operación motivadora conduzca a resultados de gran interés para la práctica clínica. Al igual que las diferentes categorías de las operaciones motivadoras condicionadas, las diferentes topografías de los reforzadores positivos y negativos no cumplieron los supuestos para ser mantenidas dentro del sistema. De la misma forma, pese a los resultados de este estudio es probable que el análisis de las diferentes topografías de conducta verbal que funcionan como reforzador en una comunidad verbal concreta conduzca a aumentar el efecto de los reforzadores condicionados utilizados en las intervenciones psicológicas. Por otro lado, también está la desaparición en el sistema de la *función elicitora*. Esta decisión atiende, como hemos comentado, a los resultados del proceso de depuración que seguramente estén relacionados por la dificultad de los observadores para identificar verbalizaciones cuya función principal sea elicitar un estado determinado en el cliente. Esto no implica que los procesos pavlovianos no sean incluidos en el sistema, todo lo contrario. Los procesos pavlovianos son parte esencial del sistema ya que, como hemos visto en el capítulo anterior en el apartado de transformación de funciones, sirven como una explicación de los efectos de, por ejemplo, los reforzadores condicionados positivos en la conducta del cliente. Aparte, los procesos pavlovianos tienen un papel esencial en las operaciones motivadoras condicionadas, ya que en estas se pueden producir asociaciones de estímulos que produzcan los efectos que estas tienen sobre el condicionamiento de la conducta verbal del escucha (i.e. cliente). De hecho, solamente en contextos controlados se pueden aislar las diferentes leyes de aprendizaje pavloviano y operante. En contextos aplicados estos dos tipos de condicionamiento se producen de forma simultánea, especialmente en la conducta verbal. Es más, con las definiciones funcionales del sistema ACOVEO los procesos pavlovianos están más presentes en la explicación del efecto que las diferentes funciones de la conducta verbal tienen en la conducta del cliente, con especial relevancia en las operaciones motivadoras condicionadas y los reforzadores condicionados positivos y negativos.

Por otro lado, en la perspectiva asumida en este trabajo se reconoce que es posible que la potencial función de una conducta categorizada como tal, no coincida con el efecto que esta tiene en la conducta verbal del cliente (i.e. escucha). Esta es una limitación reconocida de nuestro trabajo. Sin embargo, es importante reconocer que tanto el terapeuta, el cliente y los observadores comparten una misma comunidad verbal; los terapeutas están formados en técnicas de modificación de conducta en contextos clínicos y los observadores cuentan con un entrenamiento específico para el reconocimiento de funciones en el contexto clínico aplicado. Esos factores pueden reducir la aparición de discrepancias entre la potencial función de la conducta verbal del terapeuta y la función que esta tiene sobre la conducta del cliente. Creemos que es importante analizar la existencia de estas discrepancias en los estudios empíricos, ya que evaluar si estas discrepancias actualmente se producen en los estudios empíricos podrían ser fuente de información sobre cómo diferentes topografías pueden tener resultados diferenciales en estos contextos y producir datos que nos ayuden a mejorar el sistema de observación, el entrenamiento a observadores y terapeutas.

Otra de las limitaciones de este estudio está relacionada con la complejidad del sistema de observación. Si bien se ha podido reducir a cinco categorías el registro de la conducta verbal del terapeuta, el sistema requiere de un entrenamiento específico de los observadores. Esta formación puede conllevar más tiempo que el invertido en un sistema basado en definiciones topográficas de las conductas. A su vez, el sistema es útil para evaluar diferentes tipos de intervenciones, sin embargo, requiere observadores formados en los conceptos básicos de aprendizaje. Esto no es una limitación directa pero sí que restringe el número de personas que posiblemente lo utilicen. Por otro lado, la metodología observacional requiere de mucho esfuerzo y tiempo por parte de los observadores a la hora de realizar los registros de las grabaciones. Un observador entrenado es capaz de registrar una sesión de una hora en aproximadamente dos horas. Esto implica que el tiempo dedicado a la recolección de los datos en este tipo de investigación es elevado. Creemos que será beneficioso invertir esfuerzos en desarrollar tecnologías que permitan automatizar el proceso de registro. Por otro lado, es importante reconocer que la fiabilidad de los resultados recae en los índices de acuerdo entre los observadores, en futuros estudios es posible hacer cambios en los protocolos de supervisión y observación que sean beneficiosos para mejorar el sistema de registro (p.ej. incluir el cálculo de la fiabilidad entre tres jueces independientes). Sin embargo, el sistema ha obtenido índices de fiabilidad similares a los aceptados en trabajos similares.

En definitiva, el sistema diseñado, depurado y validado en este trabajo supone una herramienta útil para el estudio de la interacción verbal en las intervenciones psicológicas. Está diseñado para estudiar

los procesos de aprendizaje que se ponen en marcha durante la interacción entre el terapeuta y el cliente. A su vez, está basado en una perspectiva analítico funcional del estudio de la conducta humana y en los estudios experimentales y aplicados derivados de esta perspectiva teórica. Gracias a ello, el sistema es útil para analizar la interacción verbal de cualquier tipo de intervención psicológica. Por otro lado, este sistema supone una mejoría conceptual y aplicada de los sistemas de observación utilizados en esta área.

5

Análisis y comparación de la interacción terapéutica con personas diagnosticadas de trastorno mental grave

En los últimos años las terapias psicológicas han demostrado eficacia en el tratamiento de los denominados trastornos mentales graves. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y el Instituto Nacional para la Excelencia en el Cuidado y la Salud (NICE), que son dos de las instituciones más prestigiosas a nivel internacional encargadas de valorar la eficacia de una terapia psicológica, han certificado como tratamiento basado en evidencias científicas más de 27 tipos de tratamientos psicológicos diferentes. Entre estas, hay tratamientos pertenecientes a enfoques contextuales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para depresión y esquizofrenia; enfoques cognitivos como la terapia cognitiva para trastorno bipolar y esquizofrenia; enfoques biomédicos como la Recuperación y Gestión de la Enfermedad y enfoques psicodinámicos como la Terapia Centrada en la Transferencia para el Trastorno Límite de Personalidad (APA, 2021; NICE, 2021b). Sin embargo, estas listas de tratamientos eficaces para diagnósticos específicos, como se ha comentado en Capítulo 2, no aportan datos sobre cuales han sido los procesos que han determinado el cambio conductual (American Psychological Association, 2006b), ni especifican los problemas del cliente, ya que se han centrado en etiquetas diagnósticas con una utilidad clínica más que limitada (Deacon, 2013; Frances & Nardo, 2013). Por ello, en los últimos años varios investigadores han dado relevancia a la investigación clínica basada en procesos (Barnes-Holmes et al., 2020; Froján-Parga, 2011; Hayes, 2020; Hayes & Hofmann, 2018a; Horvath, 2016; Kazdin, 2009; Llewelyn et al., 2016; McLeod et al., 2013) propuesta desde principios de los años 70 (Greenberg, 1986; Palmer, 1971; Woolley et al., 2000) e ignorada históricamente por el movimiento de las terapias basadas en la evidencia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

La investigación en psicología clínica interesada en los procesos subyacentes al cambio terapéutico centra sus esfuerzos en: (1) analizar los factores comunes en las terapias psicológicas eficaces (Laska et al., 2014), (2) analizar el tanto por ciento del tamaño del efecto del tratamiento atribuible al terapeuta (Huppert et al., 2014) y (3) analizar las actuaciones del terapeuta que dan lugar al cambio clínico en el cliente (Signer et al., 2020). El estudio del comportamiento del terapeuta, desde un enfoque analítico conductual, implica el análisis de la interacción verbal entre terapeuta y cliente (Froján-Parga, 2011). La terapia psicológica es un ejemplo de conducta verbal en la cual el terapeuta y el cliente interactúan como hablante y escucha (Sturmei, 2020). En esta interacción se ponen en marcha los procesos de aprendizaje que dan lugar al cambio conductual del cliente. Analizar esta interacción ha servido para mostrar los procesos de aprendizaje que están involucrados en procedimientos como la reestructuración cognitiva y control instruccional (Calero-Elvira et al., 2013; Marchena Giráldez et al., 2013b) , describir la actuación de los terapeutas en diferentes momentos de la intervención psicológica (Montaño-Fidalgo et al., 2015), el análisis del uso del control aversivo y las operaciones motivadoras por parte del terapeuta (de Pascual-Verdú et al., 2014; Galván-Domínguez et al., 2014; Galván-Domínguez et al., 2020).

En esta línea, también se han realizado estudios dirigidos a analizar la interacción de los terapeutas cuando intervienen con personas diagnosticados de enfermedad mental grave. En estos trabajos se han descrito las frecuencias de las conductas verbales del terapeuta, se ha hecho un análisis secuencial de las conductas del cliente y del terapeuta y se ha comparado la actuación de terapeutas con personas diagnosticadas con trastorno mental grave y sin este diagnóstico (Álvarez-Iglesias, 2017). En estos estudios se ha mostrado la influencia recíproca entre la conducta de terapeuta y cliente. También se ha mostrado un mejor seguimiento de instrucciones debido al uso de instrucciones detalladas y un uso no sistemático de los reforzadores positivos y negativos por parte del terapeuta (Álvarez-Iglesias, 2017). Sin embargo, estos estudios previos cuentan con limitaciones metodológicas. Por ejemplo, el sistema de observación empleado no cumple con los supuestos estadísticos requeridos (p.ej. normalidad), lo cual implica que las mediciones realizadas con el sistema pueden estar influidas por estos problemas. Por otro lado, el análisis secuencial de la interacción no tiene en cuenta el momento terapéutico, este análisis es muy sensible a diferencias en la actuación de los terapeutas, por lo que analizar sesiones de evaluación y de tratamiento de forma conjunta puede dar lugar a resultados que no describan lo que ha pasado en cada momento terapéutico. A su vez, en estos estudios no se hace un seguimiento sesión a sesión de la evolución de las conductas de los terapeutas ni de los clientes, por lo que si tenemos en cuenta la definición formal de proceso (cambio

conductual a lo largo del tiempo) no se han analizado los procesos de aprendizaje básicos en sesión. No obstante, gracias a estos trabajos pioneros se han previsto las dificultades que conllevan este tipo de estudios y se han resuelto algunas limitaciones metodológicas. Por ejemplo, este trabajo cuenta con un sistema de observación depurado en el que se han añadido los últimos desarrollos teóricos en el análisis de conducta (p. ej. conceptualización teórica de las Operaciones Motivadoras). Además, como se expone en el siguiente apartado, el diseño del estudio observacional es más robusto y permite una mejor comparación entre terapeutas.

Teniendo en cuenta que las intervenciones psicológicas han demostrado eficacia para el tratamiento de los trastornos mentales graves y que las evidencias de los estudios de procesos en esta población son escasas y limitadas; el objetivo de este estudio es analizar la interacción clínica en el tratamiento psicológico con personas diagnosticadas de TMG. En concreto, para guiar el análisis de datos y estructurar la presentación de los resultados, el objetivo general se ha dividido en varios objetivos específicos: (1) analizar la distribución de las funciones de la conducta verbal del terapeuta a lo largo de las sesiones, (2) comparar la distribución de las funciones de la conducta verbal del terapeuta en la fase de evaluación y de tratamiento, (3) analizar la contingencia temporal entre las conductas verbales del terapeuta y del cliente, (4) analizar los efectos de la conducta verbal de terapeuta en la conducta verbal del cliente y (5) analizar las diferencias y semejanzas de los resultados obtenidos en los dos grupos de terapeutas.

5.1 Método

5.1.1 Participantes

En este estudio se ha contado con la participación de 6 terapeutas y de 12 de sus clientes. En la tabla 5.1 se expone un resumen de las características de los participantes. En esta tabla, se puede ver que dos de estos terapeutas pertenecen a un centro de rehabilitación laboral (CRL) de la red pública de atención social a personas con discapacidad derivada de enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid en el que llevan trabajando 9 y 3 años en el momento de la grabación. Los otros cuatro terapeutas pertenecen a un centro de práctica privada de psicología (ITEMA). Estos terapeutas, en diferencia de los terapeutas del CRL, cuentan con una formación específica en técnicas de modificación de conducta. Los clientes de ambos centros son adultos de 21 a 40 años ($\bar{x} = 12$, $\sigma = 6.5$) que requieren atención de los profesionales de ambos centros. Los clientes del CRL tienen todos diagnóstico de TMG (ver tabla 5.2) y ninguno de los clientes del grupo 2 han recibido ningún diagnóstico por parte de un profesional de la salud mental. Todos los participantes (terapeutas y clientes) han firmado un consentimiento informado en el que han dado permiso

para proceder con las grabaciones de las sesiones de terapia, para el registro y observación por parte del investigador que han participado en este estudio. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de la Universidad Autónoma de Madrid.

Tabla 5.1

Características de los participantes

Caso	Características del terapeuta			Características del Cliente			
	Terapeuta	Centro	Experiencia	Edad	Sexo	Diagnóstico	Conducta pro
1				40	M	Depresión	Bajo nivel de Insomnio
2	1	CRL	9	28	H	T. Bipolar	Ansiedad Delirios Organización
3				42	H	Esquizofrenia	Autolesiones Alucinaciones Ansiedad
4				30	H	Esquizofrenia	Motivación la
5	2	CRL	3	31	M	TLM	Autocuidados Impulsividad
6				37	H	T. Bipolar	Organización
7				32	M	*	Celos
8	3	ITEMA	>10	29	M	*	Bajo estado de
9				36	M	*	Ansiedad
10	4	ITEMA	4	36	H	*	Ansiedad Ansiedad
11	5	ITEMA	6	22	H	*	Bajo estado de
12	6	ITEMA	1	21	M	*	Ansiedad

Observadores

Se ha contado con la participación de 2 observadores y un profesional que ha supervisado el registro y tratamiento de los datos. El observador 1, autor principal del estudio, tiene 4 años de experiencia en metodología observacional. El observador 2, miembro del mismo laboratorio, tiene dos años de experiencia. El observador 1 junto su directora han sido los principales responsables del estudio (diseño, procedimiento, análisis de datos e interpretación).

5.1.2 Variables

Las variables de este estudio son la conducta verbal del terapeuta y del cliente registradas con el sistema de categorías depurado en el capítulo anterior y detallado en el Anexo 1. En resumen, se han

registrado 5 funciones de la conducta verbal del terapeuta: *Discriminativos Clínicos (DC) e Instruccionales (DI) Operaciones Motivadoras (OM) y Estímulos Reforzadores Positivos (R+) y Negativos (R-)*. Por parte del cliente se han registrado 8 conductas: *Dar información (DAR), Pedir información (PIF), Seguimiento Instrucciones (SEG), No seguimiento de Instrucciones (NSEG), Bienestar (BIE), Malestar (MAL), Conducta Objetivo (COB) y Conducta Problema (PRO)* todas ellas con función respuesta (para más información ver Anexo 1). Las categorías del cliente implican 8 topografías diferentes para una misma función dentro del sistema de observación. todas ellas con función respuesta. Las categorías *Conducta Objetivo* y *Conducta Problema* son específicas de cada caso, para ello los observadores habían leído la documentación técnica de cada caso en la que se establecía la descripción de lo que era un comportamiento problema y un comportamiento que ayudaba a conseguir los objetivos terapéuticos (conducta objetivo). Estas variables nos permiten realizar un análisis funcional de las diferentes conductas ya que operativizan conductas complejas (p.ej. interacción verbal en terapia) en sus partes funcionales y esto sirve para identificar los antecedentes y consecuentes relevantes que generan y alteran las respuestas a lo largo del tiempo (Catania, 2013).

5.1.3 Materiales

Las grabaciones de las sesiones clínicas en ITEMA se obtuvieron utilizando el sistema de cámaras de circuito cerrado instalado en el centro. Para las grabaciones del CRL se utilizaron las cámaras de los ordenadores portátiles de los terapeutas del centro. Las grabaciones se almacenan en discos duros externos guardados bajo llave en las instalaciones del grupo de investigación ACOVEO. El registro de las variables se llevó a cabo con el sistema de observación creado en el capítulo 4 de esta tesis doctoral. El proyecto de observación, el registro de las grabaciones y los análisis de fiabilidad se llevó a cabo usando el software *The Observer XT 12*. Para el análisis de los datos, como se detalla más adelante, se ha utilizado *Microsoft Excel para Office 365*, *RStudio* (RStudio Team, 2020), *ThemeEdu* (Pattern Vision, 2021) y *GSEQ* (Bakeman y Quera, 2016).

5.1.4 Diseño

En la Tabla 5.2 se expone el diseño, el centro, el número de sesiones y terapeutas de cada grupo. El diseño observacional en contexto natural de este estudio consta de dos grupos (TMG y NTMG) con el mismo número casos (6) del mismo centro (CRL e ITEMA, respectivamente) y dos fases de intervención (evaluación y tratamiento) con el mismo número de sesiones en cada grupo (16 sesiones de evaluación y 22 de tratamiento). Se ha elegido este diseño de observación en contexto natural ya que hace posible determinar la distribución de las funciones de la conducta verbal del terapeuta y el cliente a lo largo del tratamiento,

comparar la distribución de estas entre diferentes casos del mismo terapeuta en el mismo grupo, comparar la distribución de las funciones de conducta verbal entre casos de otro grupo y, por último, permite agrupar los resultados individuales para obtener datos grupales.

Tabla 5.1

Diseño estudio con metodología observacional en contexto natural

Grupo	Caso	Centro	Terapeuta	Sesiones (<i>n</i>)	
				Evaluación	Tratamiento
Grupo 1 (TMG)	1	CRL	1	3	4
	2		1	3	4
	3		1	3	4
	4		2	3	4
	5		2	3	2
	6		2	3	2
<i>Total grupo 1</i>	6		2	18	20
Grupo 2 (NTMG)	7	ITEMA	3	3	4
	8		3	3	4
	9		3	3	4
	10		4	3	4
	11		5	3	2
	12		6	3	2
<i>Total grupo 2</i>	6		4	18	20
Totales	12	2	6	36	40

5.1.5 Procedimiento

Una vez que los participantes firmaron el consentimiento informado los terapeutas de los centros comienzan a grabar las sesiones clínicas. Periódicamente los centros enviaron las grabaciones al grupo ACOVEO. Las sesiones son almacenadas de forma sistemática que permite el anonimato del cliente. El grupo de investigación cuenta con una base de datos de aproximadamente más de 500 sesiones de personas no diagnosticadas de TMG del centro ITEMMA y 50 sesiones de personas diagnosticadas de TMG del CRL.

Para poder analizar la distribución de las funciones de la conducta verbal del terapeuta y cliente en el tratamiento psicológico a personas con diagnóstico de TMG es necesario contar con grabaciones de sesiones clínicas que (1) sean del mismo caso y (2) consecutivas, (3) que pertenezcan, al menos, a dos fases de intervención (p.ej. evaluación y tratamiento) y (4) que cuenten con al menos 3 sesiones de tratamiento.

Estos criterios atienden, exclusivamente, al objetivo del estudio y a las guías de buenas prácticas de diseño de estudios intra-sujeto (Kratochwill et al., 2010b).

Se realizó una búsqueda de casos del CRL que cumplieran estos criterios en la base de datos del grupo ACOVEO. Cumplieron estos criterios seis casos cuyas características se describen en la tabla 5.2. Para poder comparar los resultados con resultados de clientes sin diagnóstico de TMG se realizó una búsqueda con los mismos criterios en la base de datos del grupo de investigación. Para balancear los grupos, de los casos que cumplían estos criterios, se seleccionaron al azar seis casos cuyas características se describen en la tabla 5.1.

Antes de proceder con el registro de las sesiones clínicas los observadores se entrenaron en el uso del sistema de registro. Durante este periodo los dos observadores se reunieron para contrastar el sistema de registro y compararon diferentes registros de sesiones clínicas hasta conseguir buenos niveles de acuerdo ($\bar{x} = 0,7838$) entre observadores. Durante este periodo no se realizaron cambios al sistema de registro original.

Tras la selección de las sesiones y el entrenamiento de los observadores, se dio comienzo a la fase de registro de las grabaciones. De forma individual el observador 1 registró todas las sesiones del estudio (76 sesiones). Para calcular la fiabilidad, el observador 2 registró de forma aleatoria aproximadamente >10% de las sesiones (10 sesiones, el 13'15%). La tabla 5.3 y 5.4 muestran los resultados de la fiabilidad entre observadores e intra-observador.

5.1.6 Análisis de datos

Al igual que en el capítulo anterior, el cálculo de la fiabilidad entre observadores del sistema de categorías se ha utilizado el coeficiente kappa:

$$\kappa = \frac{Pr(a) - Pr(e)}{1 - Pr(e)}$$

En la que $Pr(a)$ representa el acuerdo observado y $Pr(e)$ representa la probabilidad de acierto. Para la fiabilidad intra-observador se ha utilizado la misma ecuación para comparar registro de las mismas sesiones por el Observador 1 pasado un mes del primer registro.

La distribución de las funciones de la conducta verbal del terapeuta y del cliente se representan con la tasa de esas funciones por minuto de sesión. Como se puede ver en la tabla 5.4 varias de las sesiones

duran menos de una hora, por lo que se ha elegido la tasa por minuto, en vez de la tasa por hora, para representar la distribución a lo largo de las sesiones de las funciones de la conducta verbal en terapia. La tasa por hora se utilizó para representar la distribución agrupada de las funciones de la conducta verbal del terapeuta de cada grupo. Esta distribución se muestra en las figuras 5.1 a la 5.6.

El primer paso para analizar la interacción entre las conductas del cliente y del terapeuta fue analizar la contingencia temporal entre las conductas. Para ello se han utilizado herramientas estadísticas de lo que generalmente en metodología observacional se denomina el campo del análisis secuencial. Específicamente, para este estudio se ha utilizado la Q de Yule que es un índice de contingencia de tablas 2x2 que permite responder preguntas secuenciales de los datos observados. En concreto, se pregunta sobre la correlación entre una conducta observada (o conducta dada) y la conducta objetivo. Esta correlación está asociada a un orden secuencial que parte desde la conducta dada. Por ejemplo, la correlación *Lag +1* hace referencia a la siguiente conducta tras la conducta observada y la correlación *Lag-1* hace referencia a la conducta anterior a la conducta observada. La fórmula de la Q de Yule es la siguiente:

$$Q \text{ de Yule} = \frac{ad - bc}{ad + bc}$$

Siendo *a*, *b*, *c* y *d* los resultados básicos de la contingencia de la conducta objetivo tras (p.ej. *Lag +1*) la conducta dada:

		Conducta objetivo	
		Si	No
Conducta dada	Si	<i>a</i>	<i>b</i>
	No	<i>c</i>	<i>d</i>

Se ha elegido la Q de Yule como índice de asociación, frente a otros índices por ejemplo *Odds Ratio*, porque permite análisis descriptivo y analítico de la asociación (Bakeman y Quera, 2016); y sus puntuaciones varían de -1 a +1, siendo $Q = 0$ no asociación y los puntos de corte para interpretar la asociación son prácticamente los mismos que los utilizados para la *r* de Cohen (Asociación pequeña $Q \geq 0,10$; asociación media $Q \geq 0,30$ y asociación grande $Q \geq 0,50$). De la tabla 5.6 a la 5.8 se exponen los resultados del análisis secuencial *Lag +1* y *Lag -1* para todos los casos de este estudio.

El análisis secuencial es una herramienta potente para conocer la contingencia entre dos conductas. Sin embargo, la interacción entre la conducta verbal del terapeuta y el cliente es compleja. Se producen

secuencias conductuales en las que están involucradas contingencias de dos o más términos. Por lo que para detectar este tipo de patrones es necesaria la utilización de un algoritmo de detección de patrones. Para este estudio hemos utilizado al algoritmo de detección de patrones del *T-Pattern Model* (Casarrubea et al., 2018) desarrollado por Magnusson. Se ha escogido este modelo de detección ya que ha sido creado y desarrollado para datos conductuales obtenidos mediante metodología observacional. Se ha utilizado el *T-Pattern* para el análisis exploratorio de los datos y para un análisis específico de los datos resultantes del análisis secuencial descrito con posterioridad. En el análisis exploratorio se han considerado los patrones de interacción que incluyesen contingencias de tres o más términos entre conductas del terapeuta y del cliente que apareciesen al menos en tres ocasiones en dos tercios de las sesiones. Estas limitaciones atienden a las limitaciones propias del sistema de detección de patrones (p.ej. para la detección de un patrón es necesaria una ocurrencia mínima de 3).

Para determinar si la terapia es efectiva se ha calculado el tamaño del efecto en cada caso. Hemos utilizado *Log-Response Ratio* o *LRR* (Pustejovsky, 2015), un índice del tamaño del efecto que cuantifica el cambio conductual entre diferentes fases de un mismo caso. De hecho, este índice tiene dos variantes el *Log-Response Ratio-increasing* (LRRi) y el *Log-Response Ratio-decreasing* (LRRd), que para datos basados en frecuencias son prácticamente idénticas en magnitud, pero tienen un signo opuesto (positivo y negativo respectivamente). Este índice del tamaño del efecto ha sido seleccionado por su adecuación para los estudios de caso, por su flexibilidad para reconocer cambios conductuales y transformarlos en proporciones (también en %) y por sus características metodológicas que nos permiten sintetizar los datos del tamaño del efecto de diferentes casos usando modelos meta-analíticos (Pustejovsky, 2018b).

La síntesis de los resultados de cada caso se ha hecho a través de dos meta-análisis, uno para cada grupo. Hemos utilizado la función *rma.mv* del paquete *Metafor* (Viechtbauer, 2010) para R (RStudio Team, 2020) para realizar modelo de meta-análisis multivariado lineal de efectos aleatorios en el que se asume independencia entre los efectos observados entre los estudios. De hecho, los modelos aleatorios (o mixtos) son una generalización de los modelos de efectos fijos que incorporan un componente de incertidumbre en la variación entre los casos de los parámetros del tamaño del efecto y sus estimados (Konstantopoulos, 2011).

5.2 Resultados

Tras el entrenamiento de los observadores en el sistema de entrenamiento se registraron las sesiones de forma independiente, tal y como se indica en el método, por parte de los dos observadores. Los datos de fiabilidad entre observadores se exponen en la tabla 5.3 y en la tabla 5.4.

Tabla 5.3
Fiabilidad entre observadores.

Comparación	% de acuerdo	Kappa
1	87,8	0,864*
2	82,4	0,803*
3	75,9	0,724*
4	83,1	0,813*
5	84,0	0,830*
6	66,0	0,635*
7	77,4	0,755*
8	81,6	0,793*
9	83,8	0,830*
10	80,2	0,791*

* $p < 0,01$

En general, se han obtenido buenos niveles de acuerdo ($\bar{x} = 0,78$) entre observadores y excelentes ($\bar{x} = 0,85$) en la fiabilidad del sistema intra-observador. Estos resultados de fiabilidad son consistentes con los encontrados en el anterior capítulo en el que se ha depurado el sistema de registro de la conducta del terapeuta. En este capítulo se añade la conducta del cliente al sistema por lo que es especialmente relevante que se hayan mantenido los índices de fiabilidad entre observadores e intra-observador.

En la figura 5.1 en que se pueden comparar las semejanzas y diferencias en la distribución de las variables *Discriminativo Clínico* (DC), *Discriminativo Instruccional* (DI) y *Operación Motivadora* (OM). Es importante destacar que las gráficas permiten comparar la misma distribución por sesiones en el eje de abscisas (eje x), comparten la misma medida (tasa por minuto) pero no comparten la misma escala en el eje de coordenadas (eje y). Esto se debe a que el objetivo de esta figura es permitir la observación de la variabilidad entre las distribuciones de las mismas funciones en diferentes casos. Si bien es cierto, que esta

variabilidad es considerable si se hace una comparación visual en cada caso, se pueden encontrar semejanzas en un análisis visual de las distribuciones de las mismas variables en cada grupo.

Tabla 5.4

Fiabilidad intra-observador.

Comparación	% de acuerdo	Kappa
1	85,8911	0,847*
2	91,1357	0,905*
3	88,0503	0,874*
4	81,3456	0,803*
5	81,9572	0,809*
6	81,3333	0,804*
7	91,1483	0,898*
8	86,5132	0,859*
9	85,7466	0,849*
10	88,9299	0,885*

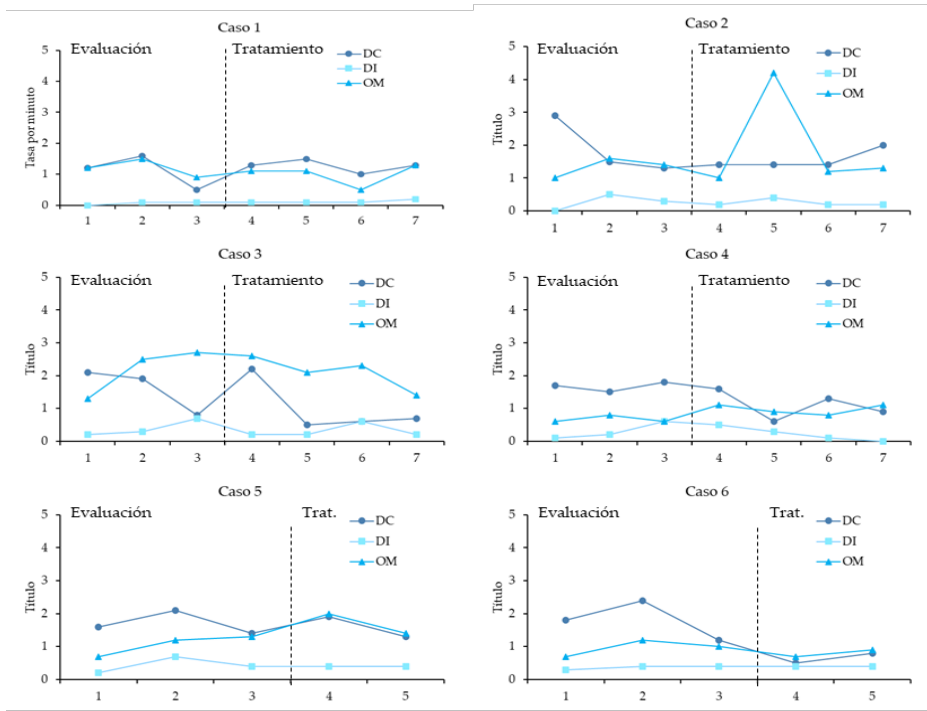
* $p < 0,01$

En la figura 5.2 se puede observar cómo la variable DC tiene una distribución similar en las sesiones de evaluación y forma una distribución diferente en cada grupo en las sesiones de tratamiento. Se puede observar cómo en el Grupo 2 (o NTMG) hay un decremento de la ratio por hora en la cuarta sesión respecto a sí mismos y al Grupo 1; también se puede observar un incremento respecto al Grupo 1 de la ratio por hora de la variable DC en las sesiones 5 y 6. En variable DI (figura 5.3) se puede observar un efecto similar al descrito con anterioridad. La distribución en ambos grupos es similar en la evaluación, pero la tasa por hora en la variable DI aumenta en el Grupo 2 respecto al Grupo 1. Por otro lado, la variable MO tiene distinta distribución en cada grupo, aunque al igual que en las otras dos variables antecedentes la distribución es similar en las sesiones de evaluación, se podría decir que las distribuciones de ambos grupos siguen una distribución diferente. Mientras que la distribución de las MO en el Grupo 1 no destaca por su variabilidad entre sesiones ni fases del tratamiento, la distribución en el Grupo 2 se caracteriza por un aumento de la tasa por hora de la variable MO en las últimas sesiones del tratamiento. Por último, creemos que es importante destacar el efecto encontrado en la cuarta sesión del grupo 2 en la distribución de las conductas antecedentes. Si analizamos la tasa por hora de la cuarta sesión, vemos cómo no difiere de la evaluación, aun perteneciendo a la parte de tratamiento. Las diferencias entre fases vienen determinadas por las últimas sesiones del tratamiento.

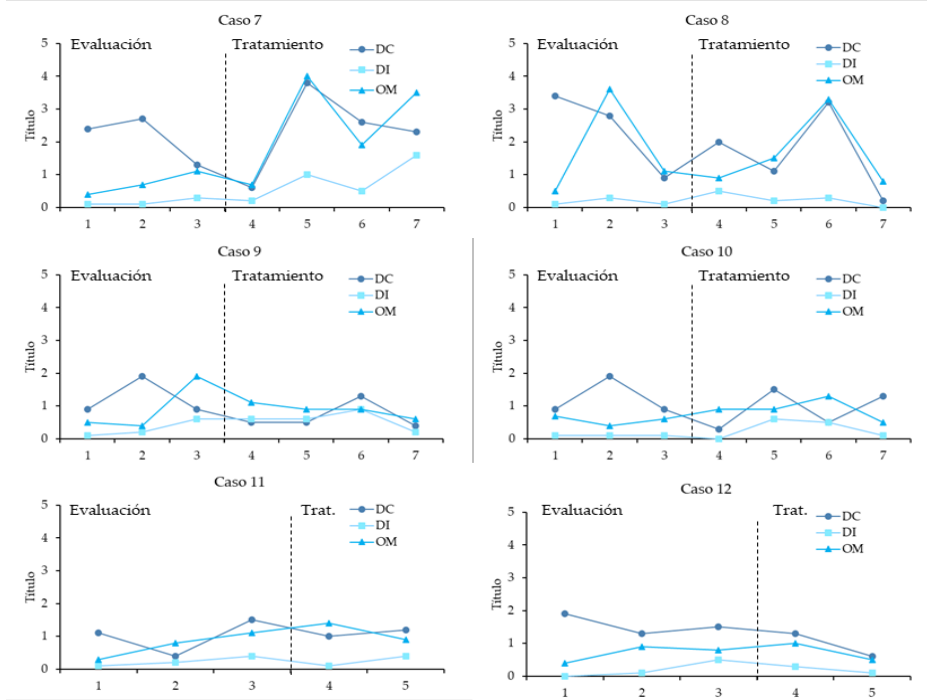
Figura 5.1

Distribución por sesión de las funciones antecedentes de la conducta verbal del terapeuta.

Grupo 1



Grupo 2



Nota: DC = Discriminativo Clínico; DI = Discriminativo Instruccional; OM = Operación Motivadora

Los estadísticos descriptivos también permiten el análisis visual de la distribución de las conductas consecuentes de los terapeutas en cada sesión, en cada caso y en cada grupo. La figura 5.5. tiene como objetivo permitir la comparación de la distribución de las variables Reforzadores positivos (R+) y Reforzadores negativos (R-) en cada caso. En todos los casos la tasa por minuto de reforzadores negativos es menor a la de los reforzadores positivos. La variabilidad de las distribuciones de los consecuentes no es tan alta como en las conductas antecedentes y se pueden reconocer patrones en esas distribuciones.

Figura 5.2
Distribución de los Discriminativos Clínicos en cada grupo.

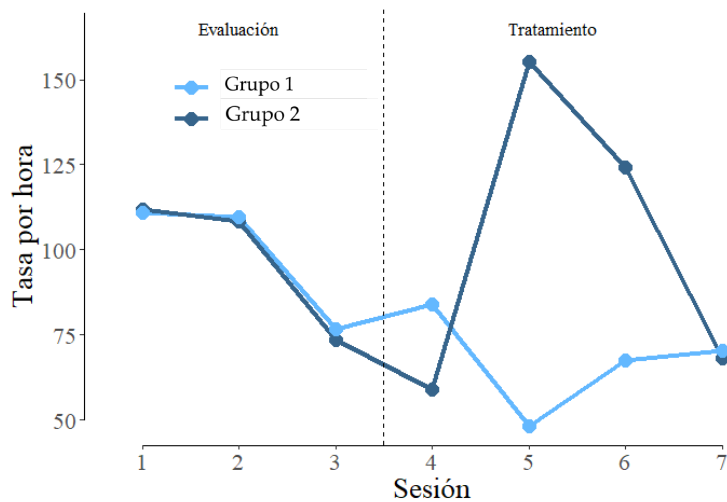


Figura 5.3
Distribución de los Discriminativos Instruccionales en cada grupo.

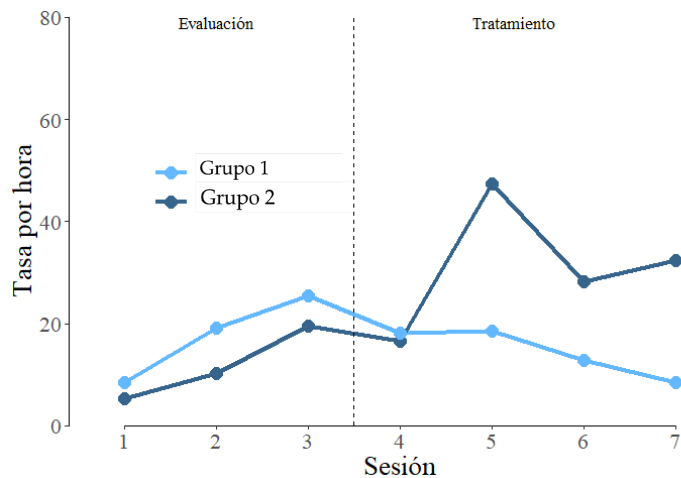
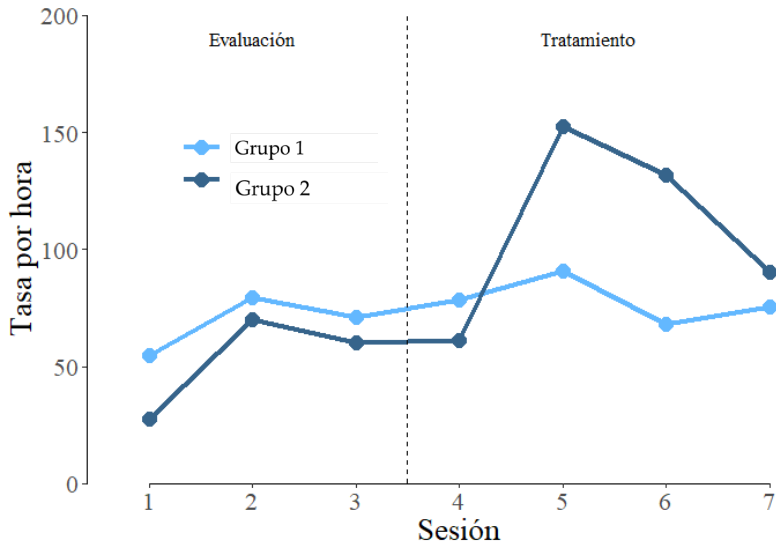


Figura 5.4

Distribución de las Operaciones Motivadoras en cada grupo.

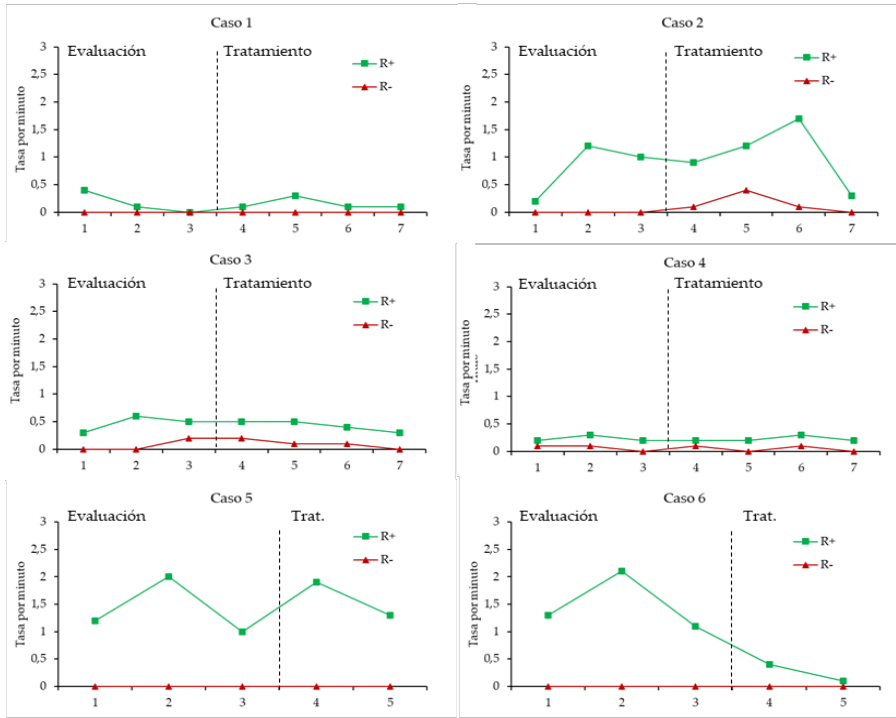


Los reforzadores negativos se mantienen estables en los casos de ambos grupos y la tasa por minuto de los reforzadores positivos tiende a mantenerse estable o a aumentar a lo largo del tratamiento en los casos del grupo 2, en cambio en el Grupo 1 esa distribución tiende a disminuir y en algunos casos se mantiene estable. No obstante, en el análisis de la actuación global de los grupos esta tendencia es aún más clara. La figura 5.6. agrupa la tasa por hora de los consecuentes en ambos grupos. Se puede ver cómo las distribuciones de los reforzadores positivos por grupo siguen una evolución diferente. En el grupo 1 la tasa de reforzadores positivos por hora es mayor en la evaluación, en cambio en el grupo 2 la tasa de reforzadores positivos por hora es mayor en el tratamiento. Si bien, la distribución de los reforzadores negativos es prácticamente estable se puede apreciar un ligero incremento en las sesiones de tratamiento del grupo 2.

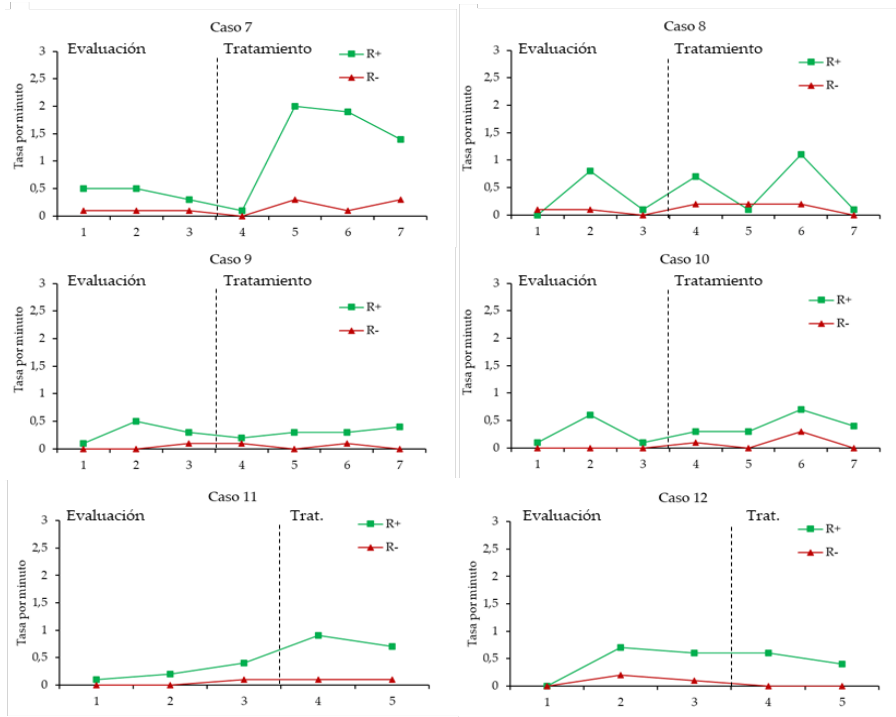
Figura 5.5

Distribución por sesión de las funciones consecuentes de la conducta verbal del terapeuta.

Grupo 1



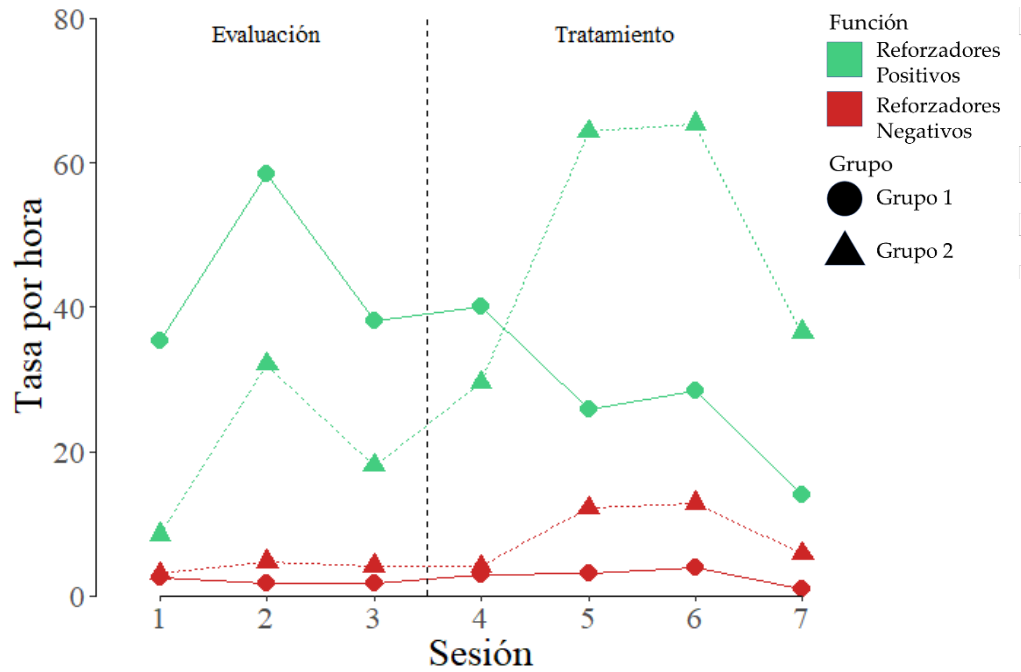
Grupo 2



Nota: R+ = Reforzador positivo; R- = Reforzador negativo

Figura 5.6

Distribución de los Consecuentes en cada grupo.



El análisis secuencial de los datos nos permite analizar la contingencia entre una conducta dada y otra conducta que le antecede o le sigue temporalmente. En las tablas 5.5 y 5.7 se exponen los resultados del análisis secuencial de las conductas antecedentes de los terapeutas del grupo 1 y del grupo 2 respectivamente. En ambas tablas se puede ver cómo tras la aparición de la conducta Discriminativo Clínico aparece la conducta Dar Información por parte del cliente, esta relación de contingencia aparece en todas las fases del tratamiento de ambos grupos. Este dato nos indica el control antecedente de los terapeutas sobre la conducta Dar Información. La figura 5.7. permite el análisis visual de la distribución de estas dos conductas contingentes. Por otro lado, el Discriminativo Instruccional antecede a la conducta Seguimiento de Instrucciones con más frecuencia en el grupo 2 que en el grupo 1. Estas diferencias entre grupos se pueden explicar atendiendo a la actuación del terapeuta 1 en la que solamente en uno de sus casos el Discriminativo instruccional antecede a las conductas de Seguimiento de Instrucciones. El Discriminativo Instruccional tiene una relación de contingencia negativa con la conducta Dar Información en el grupo 2 lo cual indica que tras los discriminativos instruccionales la conducta Dar Información no aparece de forma estadísticamente significativa. Por último, las Operaciones Motivadoras anteceden a las Conductas Objetivo

en el Grupo 1, tanto en evaluación (5/6) como en tratamiento (5/6). Esta relación de contingencia no se encuentra en el Grupo 2, en cambio las Operaciones Motivadoras anteceden a Conductas problema en evaluación gran parte de los casos (4/6 en evaluación y 3/6 en tratamiento). En el grupo 2 también aparece una relación de contingencia negativa entre las Operaciones Motivadoras y la conducta del cliente Dar Información.

En las tablas 5.6 y 5.8 se muestran los resultados del análisis secuencial de las conductas del terapeuta con una posible función consecuente. Los datos muestran que existe una relación de contingencia entre las Conductas Objetivo y Reforzador en la fase de tratamiento en ambos grupos (5/6 en ambos grupos). Esta relación también se encuentra con relativa frecuencia en la fase de evaluación del Grupo 1 (4/6), pero no en el Grupo 2 (2/6). Otra relación de contingencia es la conformada por la conducta Dar Información seguida de Reforzador en la evaluación el grupo 1 y grupo 2 (4/6 en ambos grupos). Mientras que hay una reducción similar en la aparición de esa contingencia en la fase de tratamiento 3/6 en el grupo 1 y 2/6 en el grupo 2. Por último, se han encontrado similitudes entre grupos en la fase de evaluación ya que la contingencia Pedir Información – Operación Motivadora aparece 3 veces de las 6 posibles en ambos grupos. Por el contrario, en la fase de tratamiento la contingencia Pedir Información – Operación Motivadora aparece con frecuencia en el Grupo 1 (5/6) pero no en el Grupo 2 (2/6)

Una de las principales diferencias entre los grupos es la contingencia que aparece entre las Conductas Problema y los Reforzadores positivos en las sesiones de evaluación (3/6) y tratamiento (3/6) en el grupo 1. En el grupo 2 esa contingencia no es significativa, excepto para un caso en el que la contingencia es negativa. Otra diferencia entre los grupos se encuentra en la aparición de la contingencia Pedir Información – Operación Motivadora en el grupo 2 (3/6 en evaluación y 5/6 en tratamiento). Por último, otra de las diferencias entre los grupos son las contingencias entre diversas conductas y los Reforzadores negativos. Parece que los reforzadores negativos se usan con más frecuencia en diferentes ocasiones en el grupo 2 que en el grupo 1. Si bien es cierto que las diferencias en el uso de los reforzadores negativos son muy reducidas. Por ejemplo, la contingencia Conductas Problema – Reforzadores negativos se encuentra en 3 de las posibles 12 ocasiones en el Grupo 1 (3/12), frente al Grupo 2 que se da en 5 ocasiones de las 12 posibles (5/12). La figura 5.8 hace posible la comparación visual para cada caso entre la evolución de las conductas que conforman las contingencias Conducta Objetivo – Reforzador y Conducta Problema – Reforzadores negativos.

Tabla 5.5

Análisis secuencial control antecedente en el grupo 1.

Secuencias (Lag +1)		Terapeuta 1						Terapeuta 2						Nº Sig. $p < ,01$	Q de Yule
		Caso 1		Caso 2		Caso 3		Caso 4		Caso 5		Caso 6			
C. Terapeuta	C. Cliente	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.
DC	DAR	0,77	0,88	0,94	0,9	0,9	0,87	0,93	0,77	0,85	0,74	0,97	0,93	6/6	6/6
	COB								0,35	0,63	0,7	0,63	0,59	2/6	3/6
	PRO									0,43	0,54			1/6	1/6
	MAL		0,8											0/6	1/6
	SEG							-0,77	-1	-0,72		-0,93		3/6	1/6
DI	SEG				0,87			0,94	0,92	0,89	0,92	0,96	0,85	3/6	4/6
	COB			0,78										1/6	0/6
	PIF							0,57		0,69				2/6	0/6
OM	COB		0,64	0,43	0,51	0,54	0,51	0,67	0,46	0,63	0,48	0,52		5/6	5/6
	DAR	0,34										-0,57		2/6	0/6
	PRO	0,61	0,76											1/6	1/6
	SEG											0,75		1/6	0/6

Nota: DC = Discriminativo Clínico; DI = Discriminativo Instruccional; OM = Operación Motivadora; DAR = Dar información; COB = Conducta Objetivo; PRO = Conducta Problema; SEG = Seguimiento de Instrucciones; PIF = pedir información

Tabla 5.6

Análisis secuencial control consecuente en el grupo 1.

Secuencias (Lag -1)		Terapeuta 1						Terapeuta 2						Nº Sig. $p < ,01$	Q de Yule
		Caso 1		Caso 2		Caso 3		Caso 4		Caso 5		Caso 6			
C. Cliente	C. Terapeuta	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.
COB	R+	0,8		0,66	0,78	0,59	0,85		0,82		0,69	0,68	0,75	4/6	5/6
				0,39	0,59			0,56		0,76	0,65	0,83	0,67	4/6	3/6
				0,65	0,41	0,58				0,55	0,7		0,74	3/6	3/6
										0,64		0,37		2/6	0/6
CPR	R-						0,95	0,8	0,84					1/6	2/6
					0,68									0/6	1/6
PIF	OM		1	0,49	0,72		0,76	0,51	0,44			0,76	0,72	3/6	5/6
		0,51	0,48					0,37						2/6	1/6
			0,54						0,31	0,55				1/6	2/6
					0,75									0/6	1/6

Nota: R+ = Reforzador Positivo; R- = Reforzador Negativo; OM = Operación Motivadora; DAR = Dar información; COB = Conducta Objetivo; PRO = Conducta Problema; SEG = Seguimiento de Instrucciones.

Tabla 5.7

Análisis secuencial control antecedente en el grupo 2.

Secuencias (Lag +1)		Terapeuta 3						Terapeuta 4		Terapeuta 5		Terapeuta 6		Nº Sig. $p < ,01$		Q de Yule
		Caso 7		Caso 8		Caso 9		Caso 10		Caso 11		Caso 12		Eva.	Trat.	
C. Terapeuta	C. Cliente	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	
DC	DAR	0,86	0,81	0,95	0,9	0,84	0,68	0,89	0,75	0,83	0,72	0,95	0,76	6/6	6/6	1 0 -1
	COB		0,61	0,53	0,53				-0,59					1/6	3/6	
	PIF		0,65											0/6	1/6	
	BIE		0,64								0,69			0/6	2/6	
DI	SEG	0,85	0,84	0,83	0,9	0,79	0,76		0,76	0,93	0,87	0,75	0,75	5/6	6/6	
	COB					0,56								1/6	0/6	
	DAR	-0,86	-0,85		-0,8	-0,68	-0,59		-0,93	-0,83			-0,7	3/6	4/6	
	NSEG											0,99		1/6	0/6	
OM	COB	0,28				0,4	0,57		0,56		0,51	0,56		3/6	2/6	
	DAR	-0,75	-0,81	-0,87	-0,84	-0,67	-0,49		-0,54	-0,41	-0,36			4/6	5/6	
	PRO	0,72	0,51	0,53	0,42				0,68	0,73		0,92		4/6	3/6	
	PIF				0,49			0,79						1/6	1/6	

Nota: DC = Discriminativo Clínico; DI = Discriminativo Instruccional; OM = Operación Motivadora; DAR = Dar información; COB = Conducta Objetivo; PRO = Conducta Problema; SEG = Seguimiento de Instrucciones; PIF = pedir información

Tabla 5.8

Análisis secuencial control consecuente en el grupo 2.

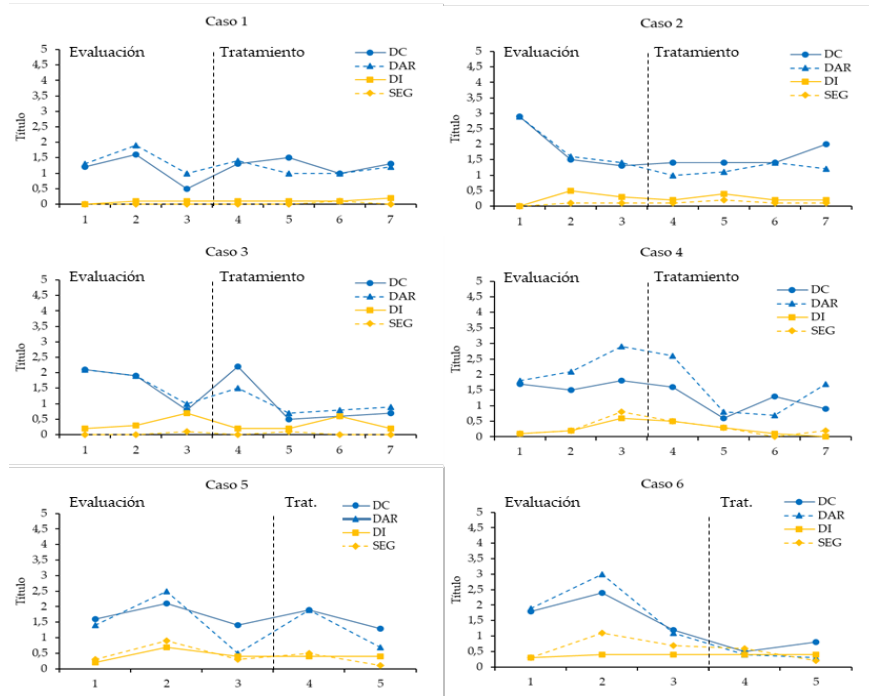
Secuencias (Lag -1)		Terapeuta 3						Terapeuta 4		Terapeuta 5		Terapeuta 6		Nº Sig. $p < ,01$		Q de Yule
		Caso 7		Caso 8		Caso 9		Caso 10		Caso 11		Caso 12		Eva.	Trat.	
C. Cliente	C. Terapeuta	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	Eva.	Trat.	
R+	COB			0,62	0,62		0,52	0,58	0,42	0,5	0,45		0,55	2/6	5/6	1 0 -1
	DAR		0,9	0,51	0,68	0,53				0,42		0,77		4/6	2/6	
	PRO	-0,15												1/6	0/6	
	BIE				0,82			0,84		0,52				2/6	1/6	
	SEG	0,44		0,96	0,56				0,67		0,61			2/6	3/6	
R-	PRO	0,64			0,97		0,99		0,71			0,92		2/6	3/6	
	COB	-0,63												1/6	0/6	
	DAR		0,8	0,82										1/6	1/6	
	MAL		0,75											0/6	1/6	
	PIF								0,85					0/6	1/6	
OM	PIF	0,57	0,52		0,53			0,89				0,84		3/6	2/6	
	DAR		-0,28	-0,23		-0,41			-0,31					2/6	2/6	
	COB					0,54				0,4		0,4		3/6	0/6	
	NSG											0,85		1/6	0/6	

Nota: R+ = Reforzador Positivo; R- = Reforzador Negativo; OM = Operación Motivadora; DAR = Dar información; COB = Conducta Objetivo; PRO = Conducta Problema; SEG = Seguimiento de Instrucciones.

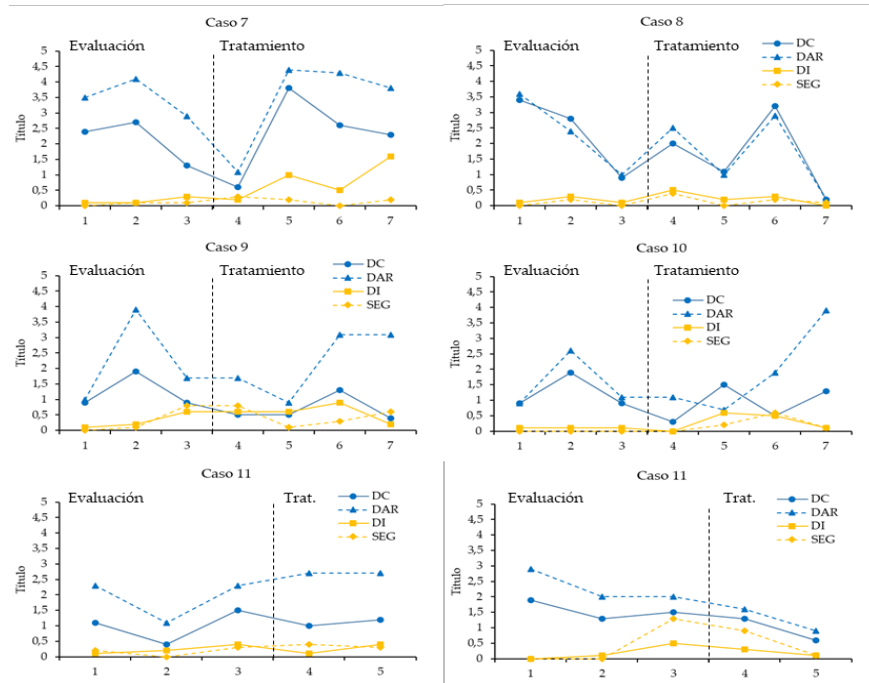
Figura 5.7

Distribución por sesión de las conductas del cliente bajo control antecedente.

Grupo 1



Grupo 2

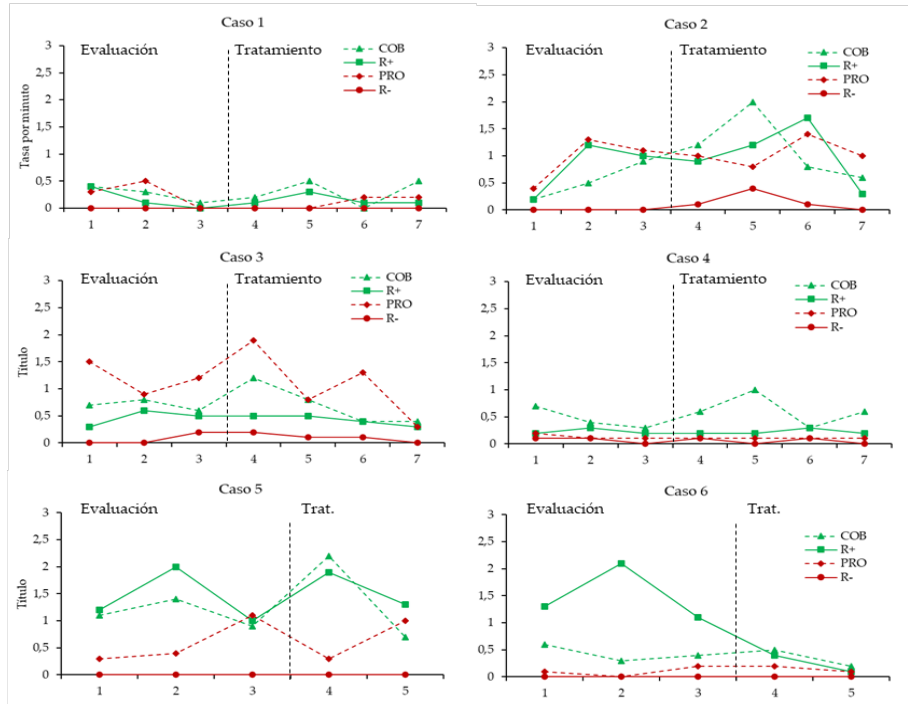


Nota: DC = Discriminativo Clínico; DAR = Dar información; DI = Discriminativo Instruccional; SEG =Seguimiento de instrucciones

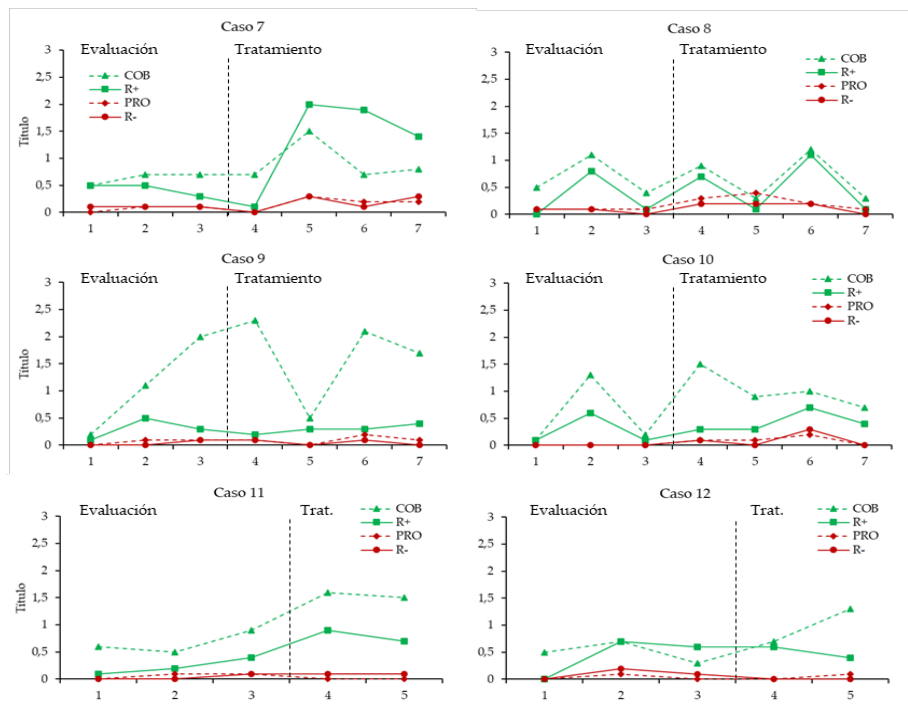
Figura 5.8

Distribución por sesión de las conductas del cliente bajo control consecuente.

Grupo 1



Grupo 2



Nota: COB = Conducta Objetivo; PRO = Conducta Problema; R+ = Reforzador positivo; R- = Reforzador negativo

En la tabla 5.9 se exponen los resultados del análisis de patrones, contingencias de tres términos en las que se produce la interacción entre el terapeuta y el cliente. El algoritmo de detección de patrones ha identificado tres patrones que se repiten de forma estadísticamente significativa en dos momentos terapéuticos. En el Grupo 1 la contingencia de tres términos que el algoritmo ha identificado en la evaluación es la conformada por Discriminativo Clínico: Dar Información – Reforzador. No se ha encontrado ninguna contingencia significativa en la fase del tratamiento para el Grupo 1. Por el contrario, en el Grupo 2 el algoritmo de detección no ha identificado ninguna contingencia de tres términos que fuese estadísticamente significativa en la evaluación y ha identificado dos en las sesiones de tratamiento. Las contingencias detectadas en el tratamiento del grupo 2 son las formadas por (1) Discriminativo Clínico: Dar Información – Reforzador y (2) Operación Motivadora: Conducta Objetivo – Reforzador. Los resultados del análisis de patrones junto con los del análisis secuencial muestran las similitudes y diferencias en la interacción verbal y pueden explicar las diferencias encontradas en la evolución de las Conductas Objetivo y las Conductas Problema en cada caso.

Tabla 5.9
Patrones de interacción detectados por el T-Pattern Model

Grupo	Fase	Contingencia*	Frecuencia
Grupo 1	Evaluación	DC: DAR – R+	72
	Tratamiento	-	-
Grupo 2	Evaluación	-	-
	Tratamiento	DC: DAR – R+ OM: COB – R+	127 216

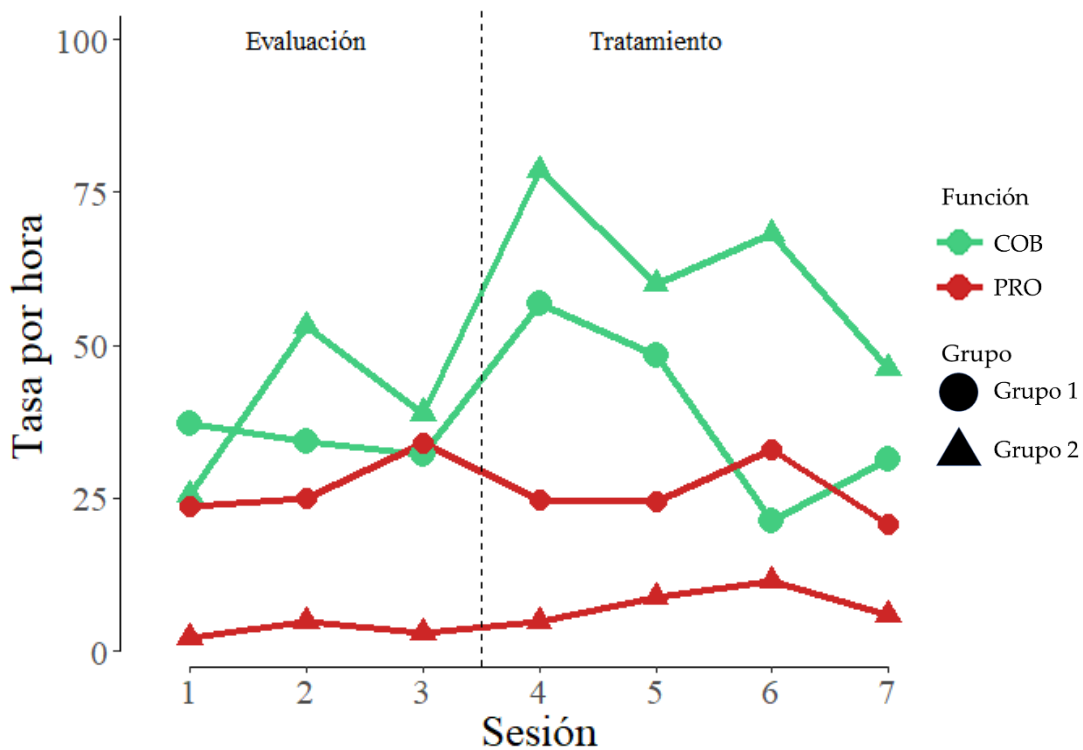
Nota: * $p < 0,01$; DC = *Discriminativo Clínico*; DAR = *Dar información*
R+ = *Reforzador positivo*; OM = *Operación Motivadora*

La figura 5.9 muestra la evolución a lo largo de las sesiones de las Conductas Objetivo y las Conductas Problema de cada grupo. La distribución de las Conductas Objetivo en ambos grupos muestra una tasa por hora media similar en la fase de evaluación y un aumento de la tasa por hora en las primeras sesiones de tratamiento. Este aumento de las Conductas Objetivo en las primeras sesiones de tratamiento es mantenido en mayor medida por el Grupo 2 que por el Grupo 1. En este último, las conductas objetivo caen a niveles incluso menores que los encontrados en la fase de evaluación. Por lo tanto, las principales diferencias entre las conductas objetivo se encuentran a partir de la sexta sesión. Es cierto que la tasa por

hora de conductas objetivo es mayor en el grupo 2 que en el grupo 1, no obstante, estas diferencias no son tan marcadas como las encontradas en las Conductas Problema.

Las Conductas Problema muestran una evolución similar, sin mucha variabilidad entre sesiones en ambos grupos. Sin embargo, la media de la tasa por hora de las Conductas Problema, aun siendo estable, muestra diferencias entre ambos grupos. El Grupo 1 tiene una tasa media de aproximadamente 25 conductas problema por hora y el Grupo 2 tiene una tasa media de aproximadamente 5 conductas problema por hora. Como hemos comentado, la distribución en ambos grupos es estable a lo largo del tiempo, si bien es cierto que en la fase de tratamiento hay una ligera tendencia en las Conductas problema del Grupo 1 a disminuir, y en el Grupo 2 a aumentar, no se encontrarían diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos terapéuticos. Las implicaciones clínicas de estos resultados serán analizadas en la discusión.

Figura 5.9
Distribución de las conductas objetivo y problema en cada grupo.

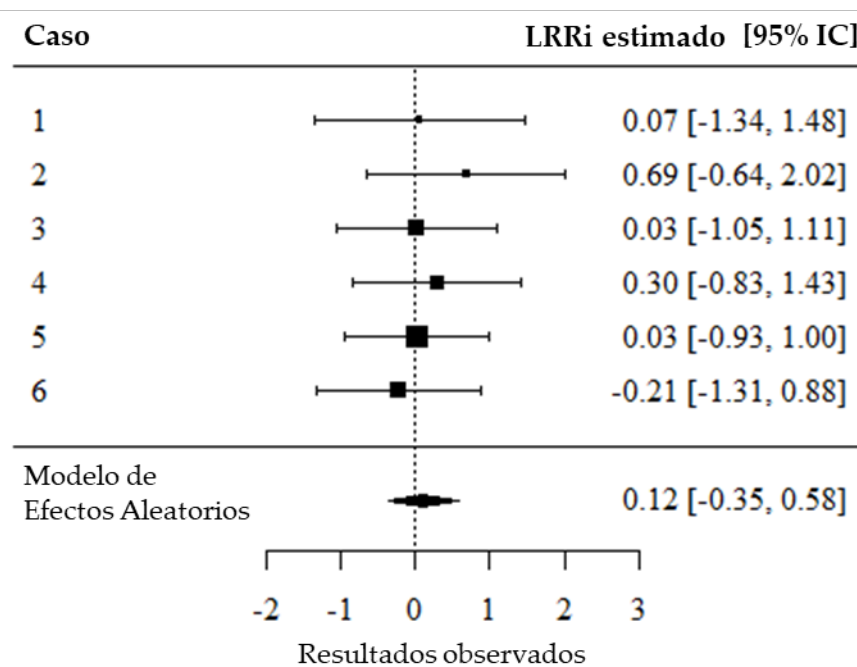


Nota: COB = Conducta Objetivo; PRO = Conducta Problema.

Para analizar con mayor precisión las diferencias en las conductas objetivo entre la fase de evaluación y tratamiento hemos realizado dos síntesis estadísticas de los tamaños del efecto de las sesiones

de cada grupo. En la figura 5.10 se muestran los resultados del tamaño del efecto del tratamiento en el incremento de las conductas objetivo para cada caso del Grupo 1. Individualmente, los casos 2 y 4 muestran un gran tamaño del efecto que se puede traducir en un incremento de la tasa por minuto de las Conductas objetivo de un 99% y un 35% respectivamente. Los casos 1, 3 y 5 muestran un tamaño del efecto mínimo y el incremento para cada uno de los casos es muy pequeño (7%, 2% y 3% respectivamente). El caso 6 muestra una disminución del 19% de la tasa de conductas objetivo en comparación a la fase de evaluación. Los resultados, del meta-análisis con un modelo de efectos aleatorios, nos indican que el tamaño del efecto encontrado para este grupo es pequeño y no es estadísticamente significativo. Por lo que, aunque en alguno de los casos se ha encontrado incremento en las conductas objetivo, a nivel grupal no se ha podido confirmar un efecto del tratamiento en el Grupo 1.

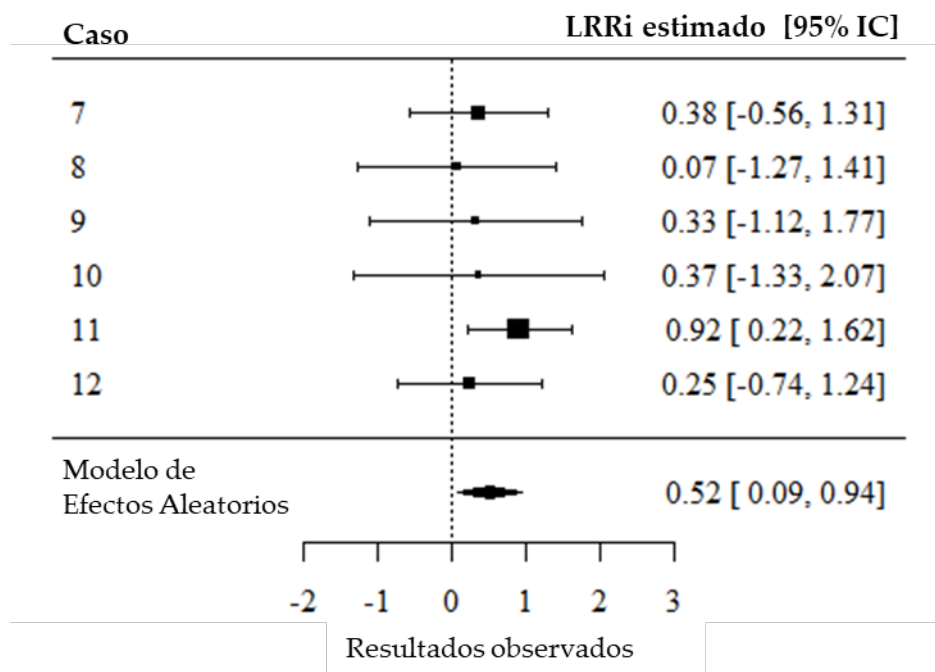
Figura 5.10
Meta-análisis del incremento de las conductas objetivo en el grupo 1



En la figura 5.11 se muestran los datos del cálculo de tamaño del efecto para cada caso y la síntesis estadística del Grupo 2. El caso que muestra mayor incremento de la tasa de Conductas Objetivo es el caso 11, con un incremento del 151% respecto a la evaluación. Los casos 7, 9, 10 y 12 muestran un buen tamaño del efecto del tratamiento que se puede traducir en un incremento de las Conductas Objetivo del 45%, 39%, 45% y un 28%. Por último el caso 8 no muestra efecto del tratamiento y por consiguiente el incremento de la tasa por hora es de un 7%. Los resultados, del meta-análisis con un modelo de efectos aleatorios, son

significativos y nos indican que el tamaño del efecto encontrado para este grupo se puede catalogar como bueno. Aunque para un caso no se haya observado un incremento de las Conductas Objetivo entre la evaluación y el tratamiento, de forma grupal se ha podido observar un efecto del tratamiento en la conducta de los clientes del grupo 2. La interpretación de los resultados de ambos meta-análisis están sujetas a limitaciones propias del diseño observacional que se analizarán con detalle en el siguiente apartado.

Figura 5.11
Meta-análisis del incremento de las conductas objetivo en el grupo 2



5.3 Discusión

Este trabajo ha permitido analizar con mayor precisión los procesos de cambio conductual durante la interacción verbal en terapia. Las características del diseño de la observación y el análisis de datos han permitido aportar evidencias sobre cómo los terapeutas se comportan en cada caso, conocer las similitudes generales en la actuación de terapeutas en diferentes centros con diferentes casos y, por lo tanto, analizar las principales diferencias encontradas en cada grupo en la fase de tratamiento. También, ha permitido asociar determinados patrones de actuación en la fase de tratamiento asociados a una mejor eficacia del tratamiento psicológico.

En línea con los resultados de investigaciones previas (Flückiger et al., 2020; Paulik et al., 2020; Ruiz-Sancho et al., 2015; Signer et al., 2020; Weigel et al., 2020), este estudio indica que el terapeuta se adapta a cada caso y se aportan evidencias sobre cómo se produce esta adaptación. Existe una gran variabilidad en la conducta de un mismo terapeuta en diferentes casos (véase figuras 5.1 y 5.5 y tablas de la 5.5 a la 5.8) por lo que la adaptación por parte del terapeuta es específica en cada caso. Si bien es cierto que, como se discute en adelante, se han encontrado estilos de actuación grupal determinados por la fase de tratamiento. Por lo que sería un error asumir que los terapeutas actúan de una forma fija y estable en cada caso. Las semejanzas grupales no deberían relegar, a un segundo plano, el análisis de los datos individuales que señalan a una alta variabilidad en la actuación de un terapeuta en diferentes casos. A su vez, el ajuste al caso se da a lo largo del tiempo, en las figuras 5.1 y 5.5 se pueden observar cambios en la conducta del terapeuta que no siguen la tendencia general y que son consecuencia del objetivo terapéutico o de la conducta del cliente en esa sesión. Por ejemplo, este ajuste se puede ver en las conductas de los terapeutas con función de reforzadores negativos. Es una función que apenas se da a lo largo de las sesiones, no obstante, se pueden observar aumentos puntuales en los reforzadores negativos verbal que no varían siguiendo ningún patrón temporal, sino que se producen de forma general como respuesta a las conductas problema como se indica los resultados del análisis secuencial (5.6 y 5.7). Por otro lado, la adaptación por parte del terapeuta a cada caso es un fenómeno conductual complejo que afecta a la conducta del cliente y varía en función al cambio conductual del cliente. El terapeuta es un agente que provoca el cambio conductual en la dirección deseada y que se adapta a las consecuencias generadas por su propia actuación en la conducta del cliente. Por lo que, si bien podemos decir que el terapeuta se ajusta a cada cliente, la conducta del cliente cambia debido a la conducta de cada terapeuta. Por ejemplo, en la figura 5.7 se puede observar cómo varias conductas que se han encontrado asociadas en el análisis secuencial antecedente (Discriminativos Clínicos – Dar Información y Discriminativos Instruccionales – Seguir información; tablas 5.5 y 5.7) covarían a lo largo de las sesiones. Otro ejemplo, se puede ver en la covariación entre la Conducta Objetivo y los Reforzadores positivos (figura 5.8) que se produce en la mayoría de los casos. En este punto, creemos que es importante resaltar que esta adaptación conductual producto de la interacción entre terapeuta y cliente es el resultado de la puesta en marcha de principios y procesos psicológicos básicos fundamentales que explican el cambio terapéutico producto de la intervención psicológica.

Para poder explicar las diferencias encontradas en la efectividad de cada grupo deberemos analizar las semejanzas y diferencias en la conducta grupal de los terapeutas. De forma general, se puede concluir

que los terapeutas de ambos grupos se comportan de forma similar en varios momentos terapéuticos. Ya que la esencia del trabajo científico es encontrar relaciones ordenadas entre fenómenos y no las diferencias (Schoenfeld en Sidman, 1960), las conclusiones derivadas de las semejanzas entre terapeutas representan una de las principales aportaciones de este trabajo. Si bien es cierto, que a priori encontrar similitudes en la actuación de los terapeutas puede resultar esperable, su análisis puede resultar útil para encontrar determinados patrones de actuación que ayuden a conocer mejor los procesos de cambio. Explorar las diferencias ayudar a explicar la variabilidad de los resultados, no obstante explorar las semejanzas permite encontrar cierto orden para establecer estas diferencias y para conocer cuáles son los puntos en común en la actuación de los terapeutas en diferentes casos.

En la fase de evaluación se han encontrado la mayor parte de las similitudes entre los dos grupos de terapeutas. De acuerdo con los resultados, parece que el objetivo de los terapeutas de ambos grupos en esta fase es obtener la mayor información clínica posible de los casos e ir consiguiendo poco a poco mayor control instruccional sobre la conducta del cliente. En este punto es relevante destacar las semejanzas en la distribución de las funciones de los antecedentes en la evaluación (ver figura 5.2 a 5.4). En concreto, la distribución de los discriminativos clínicos es prácticamente idéntica en la evaluación (figura 5.2), es más, el análisis secuencial indica que estos Discriminativos Clínicos están asociados significativamente con la aparición de la conducta del cliente Dar Información en ambos grupos (tablas 5.5 y 5.7). Los terapeutas, de forma general, en la primera y segunda sesión se emplean en utilizar discriminativos clínicos que a medida que transcurren las sesiones de evaluación disminuyen para dar lugar a la aparición de una mayor tasa de Discriminativos Instruccionales y Operaciones Motivadoras. Los terapeutas parecen incrementar de forma progresiva la tasa de Discriminativos Instruccionales y Operaciones Motivadoras. Es posible que este aumento progresivo sea fruto de un procedimiento puesto en marcha por el terapeuta para establecer una buena relación terapéutica. Uno de los objetivos de las primeras sesiones es generar una buena relación con el cliente, un exceso de preguntas o de explicaciones podría hacer que el terapeuta perdiese control sobre la sesión y provocar que se produzca un abandono temprano del cliente en tratamiento psicológico o un mal establecimiento de una relación terapéutica que podría influir en el buen desarrollo del tratamiento.

Otro de los aspectos similares, en ambos grupos, es el papel que juegan las Operaciones Motivadoras. De forma diferente a las demás funciones registradas, las Operaciones Motivadoras han mostrado anteceder a Conductas Objetivo y Conductas Problema del cliente; y seguir a la conducta del cliente Pedir Información. Cabe resaltar que uno de los objetivos de estas verbalizaciones es alterar la

efectividad de un estímulo como reforzador (*value-altering effect*) (Catania, 2006), por lo que se podría esperar que la aparición de una operación motivadora haga más probable la aparición inmediata de Conductas Objetivo y Conductas Problema. Las Operaciones Motivadoras establecen contingencias verbales mediante las que se crean nuevas asociaciones a estímulos previamente condicionados y ante la presentación de estas asociaciones verbales los clientes tienen la oportunidad de reaccionar. De hecho, las respuestas de los clientes ante las operaciones motivadoras en gran medida están relacionadas con los objetivos terapéuticos. Parece que los clientes reaccionan ante estas nuevas asociaciones de tres formas distintas: aceptando esta nueva asociación, rechazándola o preguntando más acerca de esa asociación. Estos resultados pueden aportar evidencias empíricas sobre la definición más apropiada para las Operaciones Motivadoras (Carbone, 2019; Catania & Peter, 2019; Edwards et al., 2019; Laraway & Snyckerski, 2019; Petursdottir, 2019; Pilgrim, 2019; Rehfeldt, 2019). La definición de Operaciones Motivadoras más aceptada en la comunidad analítico funcional atribuye dos efectos a las operaciones motivadoras: efecto de cambio de valor de un estímulo (*value-altering effect*) que hemos comentado anteriormente y el efecto de alteración de la tasa de conducta (*behavior-altering effect*) que consiste en la capacidad de alterar la frecuencia de una conducta que ha sido reforzada o castigada por el estímulo que ha cambiado de valor (Cooper et al., 2014). No obstante, Edwards et al. (2019) han propuesto cambiar esta definición ya que consideran que el cambio en la tasa de conducta se debe a que ese estímulo es un estímulo discriminativo (de una respuesta y asociado a un consecuente). Sin embargo, los datos de este trabajo están en línea con la definición inicial propuesta por Michael (1993). Por lo tanto, parece que las operaciones motivadoras cambian el valor de los estímulos previamente condicionados y altera la frecuencia de conductas relacionadas con los estímulos condicionados, sin que este cambio de la tasa de una determinada conducta sea generado por una contingencia de tres términos. En resumen, las operaciones motivadoras tienen un papel fundamental en el establecimiento de nuevos repertorios conductuales en los clientes por su principal función de cambiar el valor de un estímulo consecuente. Dentro de sesión las operaciones motivadoras están asociadas a la aparición de conductas objetivo y conductas problema y por lo tanto parecen ser un tipo de verbalizaciones directamente relacionadas con la efectividad terapéutica de la intervención psicológica. De hecho, como se expone a continuación, las diferencias encontradas en el uso de las operaciones motivadoras pueden explicar parte del éxito terapéutico del grupo 2.

También se han encontrado semejanzas entre los dos grupos en el uso de reforzadores negativos. En ambos grupos su uso es prácticamente inexistente. El uso de los reforzadores negativos parece depender

de las diferencias individuales de cada caso, pero se observa una tendencia general de los terapeutas a un uso limitado de esta función. Si bien es cierto que en el grupo 2 los reforzadores negativos aumentan su presencia a partir de la cuarta sesión, la tasa general de los reforzadores negativos permanece estable en ambos grupos, no habiendo diferencias significativas entre la evaluación y el tratamiento. Esto nos indica de un uso limitado de los procedimientos de control aversivo que siempre va acompañado de procedimientos de reforzamiento (tabla 5.6), como recomienda el código deontológico de la BACB. En ambos grupos el control aversivo aparece asociado de forma sistemática, por parte de los terapeutas con las conductas problema. A su vez, la asociación entre los reforzadores negativos y las conductas problema es más probable durante el tratamiento, en ambos grupos, que durante la evaluación. No obstante, estas diferencias no son relevantes ya que no hay un gran número de reforzadores negativos y por lo tanto no se puede establecer una línea base estable ni un estilo de actuación particular en cada grupo.

En este trabajo, centrado en el estudio de los procesos conductuales de cambio, se han podido observar diferentes resultados terapéuticos y asociarlos a patrones de actuación del terapeuta que parecen ser fundamentales para producir un cambio en la conducta del cliente. Las diferencias encontradas entre los diferentes tipos de actuación grupal de los terapeutas se encuentran en la fase de tratamiento. Una de las principales diferencias es el incremento de la tasa de discriminativos instruccionales en la fase de tratamiento. En línea con otros estudios que han mostrado evidencias de la importancia de las instrucciones para el buen funcionamiento de la terapia psicológica (Froján-Parga et al., 2012; Marchena Giráldez et al., 2013; Pérez-González & Martínez, 2007), en este trabajo se puede observar las diferencias en la conducta del cliente relacionadas con el incremento en la tasa de discriminativos instruccionales. Si bien en la figura 5.7 se puede apreciar cómo covarían los discriminativos instruccionales y el seguimiento de instrucciones, en esa figura no se pueden apreciar las diferencias en la tasa de discriminativos instruccionales emitidos por parte de los terapeutas. Las diferencias en este tipo de discriminativos se pueden apreciar de forma grupal en la figura 5.3. A su vez, los terapeutas del grupo con mayor éxito terapéutico consiguen mayor control instruccional sobre la conducta del cliente. Si nos fijamos en los resultados del análisis secuencial, los terapeutas del grupo que ha mostrado mejores resultados terapéuticos han conseguido una correlación antecedente significativa entre *Discriminativos Instruccionales* y *Seguimiento de instrucciones* en 11 de los 12 momentos terapéuticos analizados, frente a 7 de 12 mostrado por el otro grupo. Por lo tanto, es posible que este control instruccional sea un factor que nos ayude a predecir el éxito de la terapia psicológica. No obstante, no es la única diferencia que hemos podido observar entre los dos grupos. De hecho, la tasa de

Operaciones Motivadoras también ha aumentado en la fase de tratamiento en el grupo 2. Este aumento no se relaciona con ningún cambio en la tasa de ninguna conducta del cliente en sesión, no obstante, si tenemos en cuenta resultados de investigaciones las operaciones motivadoras pueden haber ayudado a mejorar el control instruccional conseguido por parte de los terapeutas previas (de Pascual et al., 2014; Henley et al., 2017; Miller et al., 2015; Saunders, 2010) y a cambiar el valor reforzante de varios estímulos condicionados (Belfiore et al., 2016; Iannaccone et al., 2020; Wymer et al., 2016) haciendo más efectivo su uso por parte del terapeuta en terapia.

Las mayores diferencias entre ambos grupos de terapeutas se dan en el uso de los reforzadores positivos. Al contrario de los resultados encontrados en las demás funciones las diferencias entre los dos grupos de terapeutas se dan tanto en la evaluación como en el tratamiento. Como se ha podido observar, parece que el grupo 1 de terapeutas utilizan los reforzadores positivos de forma sistemática tanto en la evaluación como en el tratamiento (tablas 5.6 y 5.8). Sin embargo, el grupo 2 solamente utiliza estos reforzadores positivos de forma sistemática asociados a Conductas Objetivo en la fase de tratamiento. El hecho de que los terapeutas del Grupo 1 hagan uso de reforzadores positivos en la fase de evaluación puede hacer que estos pierdan su valor reforzante en fases posteriores. Además, se puede ver cómo la tasa de reforzadores positivos decae en la fase de tratamiento en este grupo con respecto a la evaluación. Por otro lado, aunque se haya encontrado una correlación positiva entre las conductas Objetivo y Reforzadores positivos en el grupo 1, también se ha observado una correlación positiva entre conductas problema y reforzadores positivos. Una relación que no se ha encontrado en el grupo 2 y que teóricamente no se debería haber encontrado en el grupo 1, ya que según los datos que hemos encontrado esta relación estaría haciendo más probable la conducta problema dentro de sesión. A su vez, aunque se haya encontrado una relación entre las conductas objetivo y los reforzadores positivos durante la fase de tratamiento en el grupo 1, al haber sido utilizadas de forma sistemática en la fase de evaluación, podría haber puesto en marcha un proceso de habituación a determinados reforzadores positivos. Lo cual indicaría que los reforzadores positivos tendrían menos poder reforzador que si no se hubieran dado con anterioridad. Por último, en el análisis de patrones de interacción, se puede observar cómo no hay ninguna contingencia de tres términos que repita de forma significativa en la fase de tratamiento del grupo 1. En cambio, en la fase de tratamiento del grupo 2 la contingencia Operación Motivadora: Conducta Objetivo – Reforzador Positivo (OM: COB – R+) se repite de forma sistemática en los diferentes casos que conforman el grupo. Las contingencias de tres términos suponen la unidad básica de aprendizaje operante denominada *unidad de aprendizaje* (Greer, 2002),

el uso sistemático por parte de los terapeutas hace que sea más probable un cambio conductual en la dirección deseada por el terapeuta. En este caso, como hemos comentado, la contingencia OM: COB – R se repite de forma significativa en el grupo con mejores resultados (i.e. Grupo 2). Por lo tanto, se puede defender que esta diferencia en el uso de los reforzadores positivos es el factor que tiene más relevancia a la hora de explicar por qué no se han encontrado tamaños del efecto clínicamente significativos en el otro grupo (i.e. Grupo 1).

Los resultados e interpretaciones de este estudio tienen limitaciones propias de los estudios observacionales. Por ejemplo, la carencia de control por parte del experimentador en las variables (conducta verbal del terapeuta y conducta verbal del cliente) hace que los datos sean correlacionales. Aparte, este estudio cuenta con limitaciones metodológicas propias. Por ejemplo, aunque el objetivo no consiste en realizar una descripción poblacional exhaustiva y general, un aumento de la muestra de los grupos habría ayudado a describir mejor las actuaciones grupales de los terapeutas. Otra de las limitaciones de este trabajo está relacionada con el número de sesiones en la fase de tratamiento de los grupos. Al no disponer de más grabaciones de esos casos, en cuatro de los 12 casos el tratamiento estaba compuesto por dos sesiones y en el resto por cuatro sesiones. Como se ha comentado, se recomienda que cada fase en un estudio intra-sujeto tenga al menos cuatro mediciones, este criterio no se cumple en esos cuatro casos. A su vez, sería interesante ver cómo evoluciona la distribución de las funciones a lo largo de intervenciones más largas. Por otro lado, sería interesante conocer cuáles son los objetivos del terapeuta en cada sesión. En este estudio los observadores tenían acceso a la documentación técnica que determinaba el objetivo general del tratamiento, no obstante, el terapeuta en cada sesión puede tener objetivos específicos y que cambie su comportamiento para conseguir alcanzarlos. Sería interesante ver las similitudes y las diferencias de los terapeutas que buscan objetivos específicos similares en cada sesión. A su vez, sería interesante analizar de forma específica el papel de las operaciones motivadoras. Ya que es posible que gracias a las operaciones motivadoras se ponen en marcha procesos de aprendizaje fundamentales para buen funcionamiento de un tratamiento psicológico. Quizás estudios específicos que valoren las funciones de diferentes morfologías podrían ayudar a obtener mejores clasificaciones teóricas y prácticas de las operaciones motivadoras. Por último, este estudio ha utilizado como unidad básica de medida la tasa de conducta en un tiempo determinado (minutos para las sesiones y horas para los datos agrupados). Esta práctica es habitual en análisis de conducta aplicado. Sin embargo, tras los resultados obtenidos se plantea la duda de si esta unidad básica de medida es apropiada para el estudio de la conducta verbal. En línea con la crítica del análisis molar del

comportamiento a la perspectiva molecular de la mayoría de los estudios en análisis de conducta (Baum, 2012, 2018; Shimp, 2020), se puede plantear la utilidad de añadir, Aparte de la medida de la tasa por minuto/hora, el tiempo empleado en cada verbalización (tanto del cliente como del terapeuta) sobre el total de la sesión. Este dato podría explicar diferencias en la frecuencia de determinadas verbalizaciones, permitiría reconocer patrones temporales entre diferentes sesiones de una misma fase y podría añadir información al análisis secuencial que ayudase a explicar la variabilidad encontrada en algunas conductas como las operaciones motivadoras. Por otro lado, este estudio plantea diferentes cuestiones, aún por resolver. ¿Por qué los terapeutas actúan de forma diferente? ¿es por el tipo de formación? ¿es por el tipo de cliente con el que trabajan? ¿actuaciones similares en ambos grupos hubieran dado resultados similares en el tamaño del efecto del tratamiento en los casos? Para responder a estas preguntas y superar limitaciones de este capítulo es necesario realizar otro estudio en el que se analice, al menos, la actuación de un terapeuta con formación en análisis de la conducta durante el tratamiento psicológico de una persona diagnosticada de trastorno mental grave.

Pese a estas limitaciones, el diseño observacional de este trabajo nos ha permitido comparar la actuación de terapeutas y clientes a lo largo de las primeras sesiones de tratamiento. La secuencialidad de las sesiones ha permitido comparar los resultados de diferentes momentos terapéuticos (evaluación y tratamiento) no solamente entre los dos grupos (Grupo 1 y Grupo 2) como ha sido habitual en trabajos similares, sino que ha permitido la comparación entre fases del mismo tratamiento. La comparación entre fases del mismo tratamiento ha permitido calcular el tamaño del efecto en el incremento de Conductas Objetivas y así relacionar los cambios generados en este comportamiento con los patrones de interacción verbal entre el terapeuta y el cliente. En concreto, en este trabajo se utiliza el sistema de registro de la conducta verbal depurado en el anterior capítulo, cuyas categorías de la conducta verbal tienen una justificación teórica adaptada a los últimos desarrollos teóricos y conceptuales en análisis de conducta, es más parsimonioso y tiene mejores propiedades estadísticas y predictivas. Por otro lado, se observa que las diferencias entre los casos y las conductas de los clientes de cada caso no afectan a la fiabilidad del sistema. Esto nos parece especialmente relevante para la conducta del cliente, los diferentes problemas psicológicos planteados en cada caso con sus morfologías específicas se han podido categorizar de forma fiable utilizando el sistema de categorización que se presenta en este trabajo. Creemos que este hecho constituye un indicador más del carácter funcional del sistema de observación. Además, este trabajo nos ha servido para describir la actuación de terapeutas de dos centros diferentes, con formaciones diferentes y con clientes

con distinto tipo de gravedad. Nos ha permitido encontrar semejanzas entre ambos grupos de terapeutas (p. ej. la asociación positiva significativa entre conductas objetivo y reforzadores positivos, distribuciones similares de conductas antecedentes durante la evaluación...) y diferencias (p.ej. disminución de tasa de reforzadores positivos en el grupo 1, diferencias entre los tamaños del efecto del tratamiento).

6

Análisis de la conducta verbal de un psicólogo con formación en análisis de conducta en un caso de enfermedad mental grave

Los estudios de caso implican el análisis detallado de la evolución de un *sistema* o *caso* a lo largo del tiempo, en el que se destacan los factores contextuales relacionados con cambios en el sistema (Flyvbjerg, 2006; Harrison et al., 2017). En general, el término *sistema* se refiere a la interacción compleja entre varios elementos que lo conforman. Los sistemas pueden estar formados por diferentes entidades y eventos; por ejemplo, la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente conformaría un sistema complejo. En los últimos años se han producido avances conceptuales, metodológicos y técnicos que nos permiten reconocer el potencial de los resultados obtenidos mediante el análisis de caso (para una revisión histórica ver Johansson, 2007). Los estudios de caso generan datos que permitan analizar procesos y relaciones entre comportamientos complejos en contextos naturales (Harrison et al., 2017), probar hipótesis, descubrir principios generalizables a una población, generar conocimiento sobre la práctica en un contexto natural (Flyvbjerg, 2006) y generar datos cuantitativos que permiten una síntesis con los resultados obtenidos en trabajos previos (p.ej. síntesis de datos mediante meta-análisis de estudios de caso) (Zimmerman et al., 2018).

El análisis de caso es una práctica común en análisis de conducta desde sus inicios (Dube, 2013). Tradicionalmente el término *análisis de caso*, en análisis experimental del comportamiento y análisis aplicado de conducta, implica la manipulación experimental de al menos una variable independiente (Kazdin, 2016). Sin embargo, en los últimos años los resultados generados a través del análisis descriptivo (sin manipulación experimental) de casos clínicos han ganado aceptación entre diferentes analistas de conducta. De hecho, el análisis de casos clínicos que tiene como objetivo establecer puentes entre los principios conductuales generados en los laboratorios, los datos de intervenciones controladas y los resultados de

intervenciones en contextos naturales se conoce como *análisis translacional* (una revisión histórica del análisis translacional en el análisis de conducta se puede encontrar en Mace & Critchfield, 2010). Al contrario del análisis aplicado de conducta, en el que se seleccionan los participantes para resolver un problema clínico usando principios conductuales ya descritos en el laboratorio el análisis translacional implica la selección de un caso, por su representación de un grupo social o clínica, con el objetivo de analizar los procesos, principios y procedimientos que han ocurrido en el contexto natural. En el caso de la intervención psicológica, los datos derivados de un análisis translacional de un caso clínico puede ayudar a conocer en detalle los eventos que dieron lugar cambio conductual del cliente (Kazdin, 2006; Madden et al., 2016).

Siguiendo esta línea argumental, el análisis de un caso clínico nos puede ayudar a resolver algunas de las limitaciones de los trabajos anteriores. En ellos se ha analizado la actuación de varios terapeutas en casos clínicos con personas diagnosticadas de enfermedad mental grave y se ha comparado su actuación con la de otros terapeutas. Sin embargo, no se ha realizado un análisis de un caso clínico de las mismas características llevado a cabo por un terapeuta con formación en análisis de conducta. Por ejemplo, las diferentes actuaciones entre profesionales descritas en el capítulo anterior y en trabajos previos (Álvarez-Iglesias, 2017; Álvarez-Iglesias et al., 2018) pueden deberse, entre otras razones, a las diferencias en la formación de los terapeutas, al nivel de gravedad de los problemas a tratar y/o a las ideas preconcebidas sobre la cronicidad de los trastornos mentales graves. Por lo tanto, el análisis de una intervención psicológica para el tratamiento de una persona diagnosticada de trastorno mental grave puede arrojar luz sobre el origen estas diferencias. A su vez, el análisis de un caso de un terapeuta con formación en análisis de conducta en una población novedosa también puede ayudar a conocer el efecto de la formación en análisis de conducta en los terapeutas. Debido a que un analista de conducta se enfoca en analizar la relación entre las variables del contexto de las cuales la conducta es función y su principal interés es cambiar el contexto para producir cambios en la conducta (Ellis & Glenn, 1995), su formación ha sido dirigida a conseguir dominar en un repertorio analítico-funcional de habilidades profesionales (p.ej. principios de aprendizaje básicos, evaluación de reforzadores, técnicas de control antecedente, etc.) dirigidas a incrementar la frecuencia de determinados comportamientos, reducir o eliminar conductas problema y generar repertorios conductuales nuevos (Ahearn et al., 2015; Moore & Shook, 2001). Por lo tanto es posible que la formación en análisis de conducta de un terapeuta pueda aumentar la probabilidad de que los patrones de actuación encontrados en trabajos similares (Froján-Parga, Izquierdo-Alfaro, et al., 2012; Frojan-Parga, Pascual-Verdu, et al., 2012; Galvan-Dominguez, 2014; Virués-Ortega & Froján-Parga, 2015) también

se encuentren en este caso. Por otro lado, como se ha comentado previamente el análisis de un caso clínico permite un nivel de análisis detallado que no se ha podido conseguir en el capítulo anterior. Es cierto que las *Conductas Objetivo* y las *Conductas Problema* fueron registradas de forma específica atendiendo a los datos obtenidos de cada cliente. En cambio, el análisis de un caso clínico permite dividir en diferentes topografías las *Conductas Objetivo* y las *Conductas Problema*. De esta forma se pueden analizar diferentes conductas objetivo y problema específicas del caso y así conseguir un nivel de precisión mayor en nuestros análisis.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es analizar la interacción clínica en el tratamiento psicológico con una persona diagnosticada de trastorno mental grave por parte de un terapeuta con formación específica en técnicas de modificación de conducta. A su vez, este objetivo se ha dividido en varios objetivos específicos: (1) analizar la actuación del terapeuta a lo largo de diferentes fases del tratamiento, (2) comparar la actuación de este terapeuta con los resultados del estudio anterior y (3) analizar los patrones de interacción relacionados con los resultados de la intervención.

6.1 Método

6.1.1 Participantes

Se ha contado con la participación de un cliente (31 años) diagnosticado de Trastorno Límite de la Personalidad desde hace 8 años, y con la participación de una psicóloga clínica (35 años) con formación en análisis de conducta (Máster en Psicología General Sanitaria y Máster en Terapia de Conducta). Ambos participantes proceden de un Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) del servicio del servicio de atención social a personas con discapacidad derivada de enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. El cliente ha sido derivado a este centro por parte de su centro de salud mental por problemas en su estado de ánimo (labilidad emocional) y problemas en el consumo de sustancias que interfieren directamente en las oportunidades del cliente para acceder a oportunidades laborales/formativas y, una vez conseguidas, problemas para mantener su puesto de trabajo o concluir las formaciones previas requeridas.

Observadores

Dos investigadores del grupo ACOVEO observaron y registraron las variables de este caso, nos referiremos a ellos como *Observador 1* y *Observador 2*. El Observador 1 es el autor principal de este trabajo y cuenta con 4 años de experiencia trabajando con el sistema de observación. Aparte, se ha encargado de entrenar en el sistema de registro al *Observador 2*. El *Observador 2* es una estudiante predoctoral con 2 años de experiencia en el uso de metodologías observacionales y Máster en Psicología General Sanitaria.

6.1.2 Variables

Las variables de este estudio son la conducta verbal del terapeuta y la conducta verbal del cliente. Se ha utilizado el sistema de registro depurado en el capítulo 4 de este trabajo. En concreto, de la conducta verbal del terapeuta se ha registrado los *Discriminativos Clínicos* (DC) e *Instruccionales* (DI), las *Operaciones Motivadoras* (OM) y los *Estímulos Reforzadores Positivos* (R+) y *Estímulos Reforzadores Negativos* (R-) (ver Anexo 1 para más detalles). Por parte del cliente se han registrado 8 conductas con función respuesta: *Dar información* (DAR), *Pedir información* (PIF), *Seguimiento Instrucciones* (SEG), *No seguimiento de Instrucciones* (NSEG), *Bienestar* (BIE), *Malestar* (MAL), *Conducta Objetivo* (COB) y *Conducta Problema* (CPR). Las variables de este estudio son las mismas de los anteriores trabajos, esto permite la comparación con los resultados anteriores. Igual que en el Capítulo 5, la *Conducta Objetivo* y *Conducta Problema* son específicas de este caso y al tratarse del análisis de un caso hemos podido registrar diferentes topografías dentro de las categorías generales. Específicamente dentro de *Conducta Objetivo* se han registrado cuatro topografías: *descripción de conducta objetivo fuera de sesión* (DCO), *conducta objetivo en sesión* (COS), *verbalización de logro terapéutico* (LOG) y *mostrar aceptación* (ACE). Además, de la categoría *Conducta Problema* se han registrado otras cuatro topografías: *descripción de problema de conducta fuera de sesión* (DCP), *conducta problema en sesión* (CPS), *verbalización de fracaso terapéutico* (FRA) y *mostrar rechazo* (REC). Añadir estas topografías tiene como objetivo superar limitaciones previas y aumentar la precisión de nuestro análisis. Es más, añadir las descripciones de conductas objetivo/problema ocurridas fuera de sesión puede ser una medida indirecta de cómo está funcionando el tratamiento fuera de la sesión. En general, estas topografías pueden añadir información al análisis secuencial de la conducta verbal del terapeuta contingente a las *Conductas Objetivo* y *Conductas Problema*. Los observadores, antes de hacer el registro, estudiaron la documentación del caso para identificar las conductas objetivo y las conductas problema resultantes de la evaluación clínica del caso, esta información se encuentra en el Plan Individual de Rehabilitación Laboral (PRIL), redactado tras la evaluación inicial en el centro y actualizado cada 3 meses.

6.1.3 Materiales

Las 16 grabaciones de las sesiones clínicas se obtuvieron gracias a la cámara instalada en el ordenador de la psicóloga del CRL. Las grabaciones se enviaron al grupo de investigación ACOVEO. Estas se recibieron siguiendo el protocolo utilizado en el grupo de investigación en el que las grabaciones son anonimizadas siguiendo las directrices éticas y legales de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos

Personales y garantía de los derechos digitales. Estas grabaciones se almacenaron en discos duros externos guardados bajo llave en el laboratorio del grupo en la Universidad Autónoma de Madrid.

El registro de las sesiones clínicas, el proyecto de observación y el análisis de la fiabilidad entre observadores se llevaron a cabo con el software de observación *The Observer XT 12*. El análisis de los datos se hizo en *R* (RStudio Team, 2020) y en *Microsoft Excel*. El análisis secuencial mediante el *GSEQ* (Bakeman & Quera, 2016) y el análisis de patrones con *ThemeEdu* (Pattern Vision, 2021).

6.1.4 Diseño

Este estudio observacional se ha realizado con un diseño intra-sujeto en el que se han registrado las variables en tres fases diferentes: *Evaluación*, *Tratamiento 1* y *Tratamiento 2*. Las fases de evaluación no fueron manipuladas experimentalmente y se han dividido teniendo en cuenta los protocolos y procedimientos del CRL. En este centro, antes de realizar firmar el PIRL se hacen tres sesiones de evaluación que corresponden con la fase de *evaluación*. La fase de tratamiento que comienza en la cuarta sesión una vez firmado el PIRL, se ha dividido en dos partes: *Tratamiento 1* (de la 4ª sesión a la 9ª) y *Tratamiento 2* (de la 10ª a la 16ª sesión). La división entre las dos fases de tratamiento es arbitraria y responde a una necesidad de dividir el tratamiento en al menos dos fases para poder evaluar diferencias entre varios momentos. Contamos con 13 sesiones de tratamiento que al no ser un número par no se podían dividir en dos fases con el mismo número de sesiones. Se decidió que la primera parte del tratamiento tuviera 6 sesiones y la segunda 7.

6.1.5 Procedimiento

Obtención de las grabaciones

El grupo de investigación ACOVEO tiene un acuerdo de colaboración en labores de investigación con el CRL del Grupo 5. Este acuerdo está avalado por los comités de ética de ambas instituciones. En el marco de este acuerdo, se ha solicitado al CRL grabar y enviar las sesiones clínicas de la terapeuta del centro. Antes de las grabaciones los participantes han sido informados del uso que se harán de los datos y el objetivo de la investigación. La aceptación de participación se cierra con la firma del consentimiento informado en el que se detallan las características del estudio. La psicóloga del centro también ha firmado el consentimiento informado para terapeutas que se añade en el anexo de este trabajo. Tras varias semanas de contacto con posibles participantes, se consigue la aceptación de un único participante.

Entrenamiento de los observadores

Ambos observadores han practicado el registro de las diferentes funciones de la conducta verbal del sistema de observación de este estudio. Esta práctica se ha realizado con sesiones de la muestra del grupo ACOVEO de casos clínicos con personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Se comenzó el proceso de entrenamiento con reuniones entre ambos observadores comentando diferentes ejemplos de verbalizaciones y repasando los acuerdos del manual de observación generados en estudios previos. Tras estas reuniones iniciales, se comenzaron a registrar, por parte de los dos observadores, sesiones completas de forma individual y se comparaban los registros en reuniones individuales y se calculaba la fiabilidad. El proceso de entrenamiento se terminó cuando se consiguió un índice de fiabilidad (*kappa*) estable por encima del 0.70 (fiabilidad inter-observadores).

Registro de las sesiones

Tras la conclusión del entrenamiento, se comenzó el inicio del registro de las sesiones. El *Observador 1* registró de forma individual todas las sesiones de tratamiento. También de forma individual el *Observador 2* registró 4 sesiones aleatorias de las 16 que componen el tratamiento, esto representa un 25% de la muestra; porcentaje que está por encima del 10% habitual en estudios de este tipo. El cálculo de la fiabilidad inter-observadores se realizó tras finalizar el registro de ambos observadores. Tras un mes desde el fin de la fase de registro, el Observador 1 registró de nuevo dos sesiones elegidas al azar de tratamiento para permitir el cálculo de la fiabilidad intra-observador.

6.1.6 Análisis de datos

Al igual que en el capítulo anterior, para el cálculo de la fiabilidad entre observadores e intra-observador de los registros se utilizó el coeficiente kappa (*k*). La que $Pr(a)$ es el acuerdo observado y $Pr(e)$ es la probabilidad de acierto. Además, una vez obtenidos los registros, se ha calculado la tasa por minuto de cada variable registrada en cada sesión. Para analizar la interacción entre variables se realizaron dos tipos de análisis estadísticos que forman parte de la familia de herramientas estadísticas para el análisis secuencial de datos distribuidos de forma temporal. De forma similar al estudio previo, se ha usado la Q de Yule, un índice de contingencia de tablas 2x2. Este índice nos permite calcular la correlación *Lag +1* entre una conducta dada y la que le sigue. La correlación *Lag-1* nos indica qué conducta antecede a la conducta que estamos analizando. Se ha elegido este índice de asociación, por los mismos motivos que en el anterior

estudio, Este índice permite análisis descriptivo y analítico de la asociación (Bakeman y Quera, 2016), además sus puntuaciones se pueden interpretar igual que la r de Cohen.

Para completar el análisis secuencial, se ha utilizado un modelo de reconocimiento de patrones *T-Pattern Model* y el software que lo hace posible *ThemeEdu* (Pattern Vision, 2021). Se ha utilizado este modelo por la potencia que tiene para detectar patrones de forma automática. En este caso, se han detectado patrones de interacción entre cliente y terapeuta en las tres fases de observación. Al sistema de reconocimiento de patrones no se le impuso ninguna limitación en su búsqueda más allá de las establecidas por defecto en el programa; los patrones se deben repetir al menos tres veces en cada sesión y en todas las sesiones de cada fase.

Por último, para ver el efecto del tratamiento en las conductas del cliente se ha calculado el tamaño del efecto, en este estudio hemos utilizado el *Non-overlap of All Pairs* (NAP) que es un índice centrado en identificar las diferencias entre dos fases de un diseño (A y B) (Carter, 2013; Parker & Vannest, 2009). Este índice funciona como un resumen de la superposición de datos entre cada dato de la evaluación y cada punto de la fase de intervención. Si una comparación determina que B es mayor que su par asociado A, diremos que es una comparación que no se superpone. NAP es el número de comparaciones que no muestran superposición dividido por el número total de comparaciones (Parker & Vannest, 2009). En concreto, NAP es una estimación de la probabilidad de que una observación seleccionada al azar de la fase B sea mayor que una observación seleccionada al azar de la fase A (Pustejovsky, 2018). Se ha escogido este índice porque presenta algunas ventajas sobre los índices de tamaño del efecto paramétricos, por ejemplo, no necesita la asunción de independencia serial de los datos. Es más, es un índice creado para superar las características metodológicas de los demás índices basados en la no superposición de datos entre fases (Parker & Vannest, 2009) y está recomendado para comparar fases en las que no se espera ninguna tendencia en la línea-base (Manolov et al., 2021). La interpretación del índice de este tamaño del efecto es diferente a la d de Cohen y necesita sus estándares propios. Parker y Vannest (2009) establecen que un índice NAP de 0 a 0.65 indica un efecto débil, índices de 0.66 a 0.92 efectos moderados e índices > 0.93 grandes tamaños del efecto.

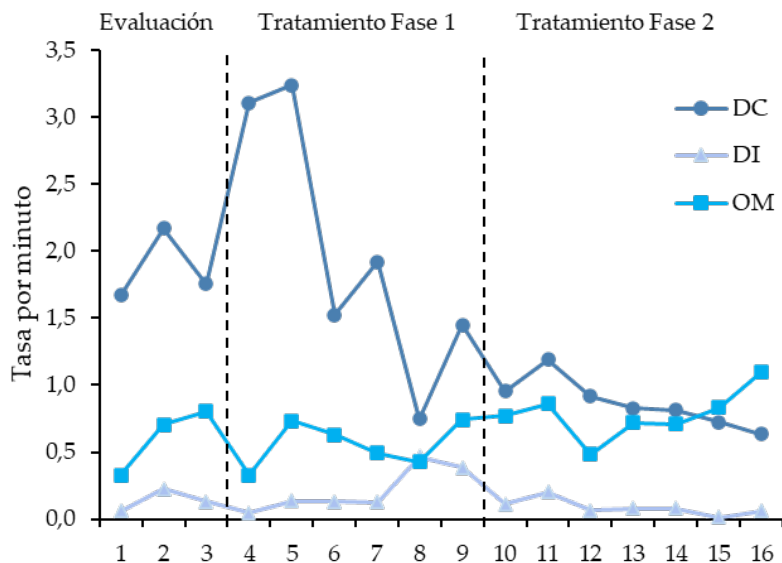
6.2 Resultados

Las comparaciones entre los registros de ambos observadores nos indican que la fiabilidad inter-jueces es muy buena (k : [0,71-0,86]). Asimismo, la comparación entre los registros del *Observador 1* tras un mes del fin del registro nos indican que la fiabilidad intra-observador es excelente (k : [0,82-0,89]).

En la figura 6.1 se muestran las distribuciones a lo largo del tratamiento de las tasas por minuto en cada sesión de los *Discriminativos (Clínicos e Instruccionales)* y las *Operaciones Motivadoras*. En estos datos descriptivos podemos apreciar que la tasa de los *Discriminativos Clínicos* es mayor que la de los *Discriminativos Instruccionales* y las *Operaciones Motivadoras* en la fase de evaluación y en las primeras sesiones del tratamiento, sin embargo, la tasa por minuto de estas sesiones se iguala en las últimas sesiones de tratamiento. De hecho, se puede apreciar cómo la tasa de *Discriminativos Clínicos* a lo largo de las sesiones tiende a disminuir. Por el contrario, las *Operaciones Motivadoras* que mantenían una tasa estable durante las primeras partes del tratamiento, tiende a aumentar en las últimas sesiones e incluso llega a superar a la tasa de los *Discriminativos Clínicos* en la 15ª sesión y en la 16ª. Por otro lado, la tendencia de los *Discriminativos Instruccionales* permanece estable durante el tratamiento, aunque en las sesiones 8 y 9 aumenta la tasa por minuto de este tipo de verbalizaciones, este aumento no es estable en el tiempo.

Figura 6.1

Distribución de los Discriminativos y Operaciones Motivadoras en las sesiones clínicas.

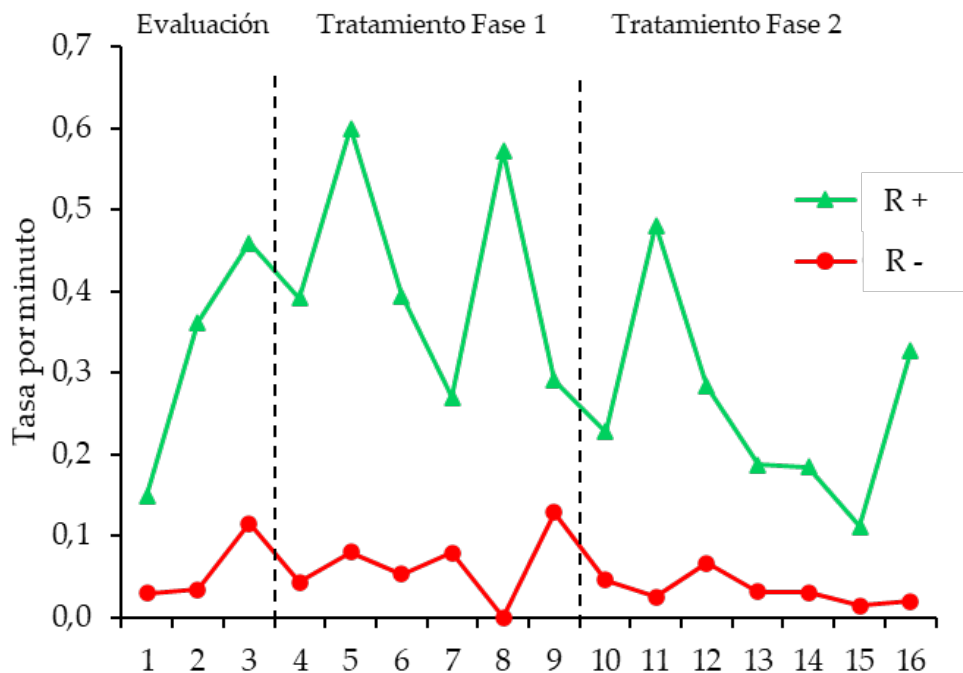


Nota: DC = Discriminativo Clínico; DI = Discriminativo Instruccional; OM = Operación Motivadora

Por otro lado, en la figura 6.2 se muestran la distribución de los Reforzadores (Positivos y Negativos) en cada fase del tratamiento. En este caso, se puede apreciar cómo la tasa de los Reforzadores Positivos varía de sesión a sesión, una tendencia positiva en la evaluación y una variabilidad cíclica en las sesiones de tratamiento. Aun así, la tasa de Reforzadores positivos parece ser mayor en las primeras sesiones de tratamiento que en las últimas. Por otro lado, la tasa de Reforzadores Negativos es estable en los tres momentos terapéuticos. En general, las figuras 6.1 y 6.2, exponen datos sobre la evolución de la actuación del terapeuta a medida que transcurren las sesiones. Estos datos conforman uno de los mayores conjuntos de datos longitudinales y secuenciales de las verbalizaciones de un terapeuta en sesión y añaden información a los encontrados en el anterior trabajo.

Figura 6.2

Distribución de los Reforzadores Positivos y Reforzadores Negativos en las sesiones clínicas.



Nota: R+ = Reforzador positivo; R- = Reforzador Negativo

Sin embargo, los datos descriptivos no aportan información *per se* sobre cómo se produce la interacción entre las conductas del psicólogo y la persona que acude a consulta. Los resultados del análisis secuencial que se muestran en las tablas 6.1 y 6.2 nos acercan más a conocer cómo se produjo esta interacción durante el tratamiento. En concreto, la tabla 6.1 muestra los datos secuenciales de las conductas del cliente

que han mostrado una correlación significativa tras la ocurrencia de las conductas del terapeuta. Estos datos nos indican que los *Discriminativos Clínicos* correlacionan de forma significativa con la conducta *Dar Información Clínica* por parte del cliente en todas las fases del caso, lo cual muestra un control discriminativo antecedente, por parte del terapeuta, de los *Discriminativos Clínicos* hacia la conducta del cliente *Dar Información Clínica*. De hecho, en la figura 6.3 se puede ver cómo estas dos conductas varían de forma similar durante el tratamiento.

Tabla 6.1

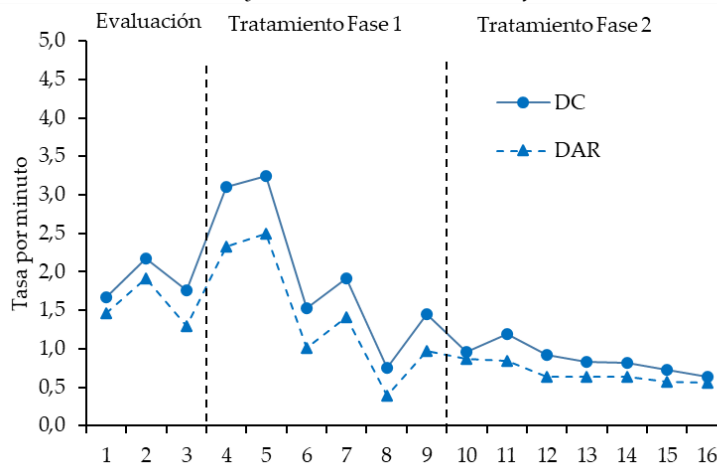
Análisis secuencial antecedente.

Secuencias (Lag +1)		Evaluación	T1	T2	Q de Yule
C. Terapeuta	C. Cliente				
D IS	DAR	0,9	0,62	0,74	
	COB	-0,91	-0,62	-0,67	
	CPR	-0,75			
	SEG		-0,68	-1	
DI IS	SEG		0,89	0,99	
	DAR	-1	-0,81	-0,78	
	COB	0,93	0,48		
OM	COB	0,91	0,79	0,69	
	DAR	-0,89	-0,73	-0,74	
	CPR	-0,89	-0,73		

Nota: DC = *Discriminativo Clínico*; DI = *Discriminativo Instruccional*; OM = *Operación Motivadora*; DAR = *Dar información*; COB = *Conducta Objetivo*; CPR = *Conducta Problema*; SEG = *Seguimiento de Instrucciones*; T1 = *primera fase de tratamiento*; T2 = *Segunda fase de tratamiento*.

Figura 6.3

Distribución de los Discriminativos Clínicos y las Conductas de Dar Información.

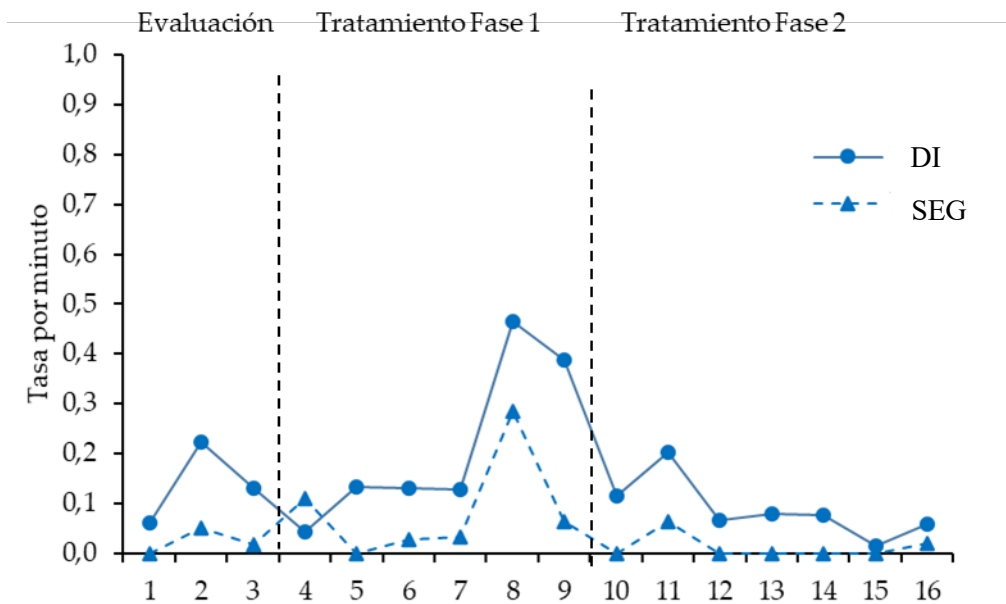


Nota: DC = *Discriminativo Clínico*; DAR = *Dar información*.

El análisis secuencial antecedente indica que el *Seguimiento de Instrucciones* correlaciona positivamente con la aparición de *Discriminativos Instruccionales*, este hecho solamente se produce en las fases de tratamiento, por lo que no se encuentra en la fase de evaluación. Estas diferencias entre las fases de evaluación podrían ser explicadas por la correlación positiva encontrada en la fase de evaluación entre *Conductas Objetivo* y *Discriminativos Instruccionales*. De hecho, esta contingencia parece que también se da en menor medida en la primera fase de tratamiento y coincide con la menor correlación entre *Seguimiento de Instrucciones* y *Discriminativos Instruccionales* en la fase de tratamiento. De hecho, estos datos nos indican un control discriminativo instruccional del terapeuta sobre el cliente en el tratamiento. Los *Discriminativos Instruccionales* pueden haber correlacionado en la evaluación con alguna de las topografías de las *Conductas Objetivo* del tratamiento como, por ejemplo, mostrar aceptación ante una instrucción. No obstante, este estudio no es sensible a este tipo de topografías. En la Figura 6.4 se puede ver la covariación entre los *Discriminativos Instruccionales* y el *Seguimiento de Instrucciones*.

Figura 6.4

Distribución de los Discriminativos Instruccionales y las Conductas de Seguir Instrucciones.

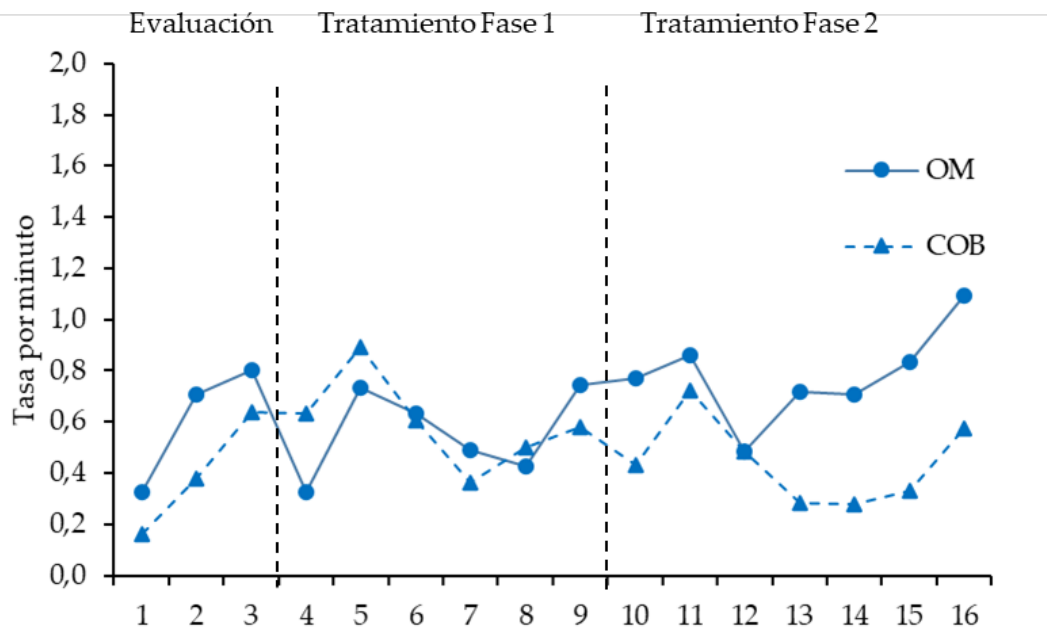


Nota: DI = Discriminativo Instrucciona; SEG = Seguimiento de instrucciones

El análisis secuencial antecedente (tabla 6.1), por último, también muestra una correlación positiva significativa entre las *Conductas Objetivo* y las *Operaciones Motivadoras*. Esta correlación se da en todas las

fases del caso, lo que indica un control antecedente del terapeuta sobre la aparición de *Conductas Objetivo* en sesión. En la figura 6.5 se muestra cómo covarían las conductas objetivo con las Operaciones Motivadoras.

Figura 6.5
Distribución de las Operaciones Motivadoras y las Conductas Objetivo.



Nota: OM = Operación Motivadora; COB = Conducta Objetivo

En la tabla 6.2 se muestran los datos del análisis secuencial consecuente de las verbalizaciones del terapeuta y la conducta del cliente. En esta tabla, también, se exponen las correlaciones significativas entre las conductas dadas del cliente y las conductas del terapeuta que temporalmente les siguen.

Los *Reforzadores Positivos* correlacionan positivamente con las *Conductas Objetivo*, en las tres fases del caso; con las verbalizaciones de bienestar, en la evaluación y en la primera parte del tratamiento; y con el *Seguimiento de Instrucciones*, en la primera parte del tratamiento. A su vez, cabe destacar que los reforzadores positivos no correlacionan en la evaluación y correlacionan negativamente con las *Conductas Problema*. Por el contrario, los *Reforzadores Negativos* correlacionan positivamente con las *Conductas Problema*. En la figura 6.6 se muestra cómo covarían los *Reforzadores Positivos* y *Negativos* con las *Conductas Objetivo* y las *Conductas Problema* respectivamente. Por último, las *Operaciones Motivadoras* siguen a las *Conductas*

Objetivo en la fase de evaluación y en la primera parte del tratamiento; y tienen una correlación positiva significativa con la conducta *Pedir Información*.

Tabla 6.2

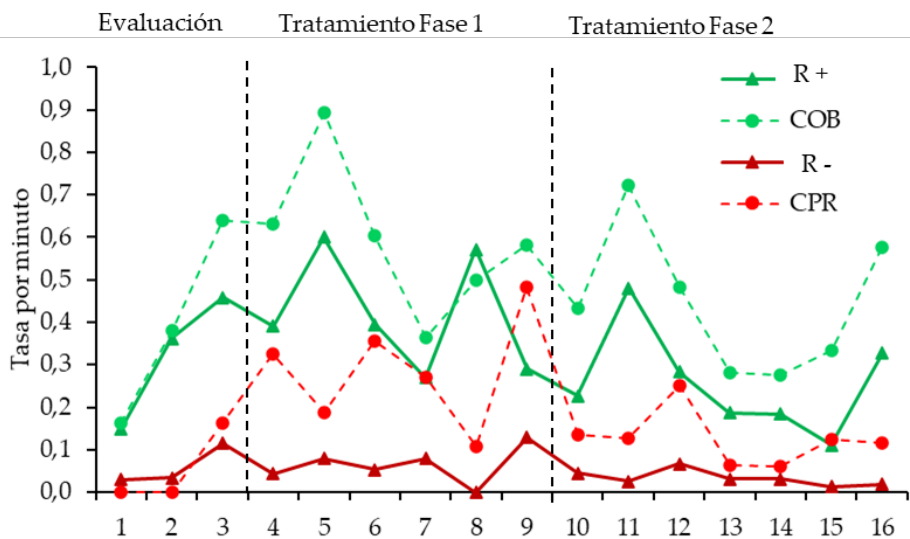
Análisis secuencial consecuente.

Secuencias (Lag -1)		Evaluación	T1	T2	Q de Yule
C. Terapeuta	C. Cliente				
R+	COB	0,78	0,59	0,92	
	DAR	-0,8	-0,49	-0,89	
	BIEN	0,83	0,64		
	CPR		-1	-0,85	
	SEG		0,78		
R-	CPR	0,98	0,87	1	
	DAR	-0,82	-0,57	-1	
OM	COB	0,49	0,53		
	DAR	-0,39	-0,37		
	PIF			0,55	

Nota: R+ = Reforzador Positivo; R- = Reforzador Negativo; OM = Operación Motivadora; DAR = Dar información; COB = Conducta Objetivo; BIEN= Bienestar; CPR = Conducta Problema; SEG = Seguimiento de Instrucciones; PIF = Pedir Información; T1 = primera fase de tratamiento; T2 = Segunda fase de tratamiento.

Figura 6.6

Distribución de los Reforzadores, las Conductas Objetivo y las Conductas Problema.



Nota: R+ = Reforzador Positivo; R- = Reforzador Negativo; COB = Conducta Objetivo; CPR = Conducta Problema.

Mediante el análisis secuencial hemos podido ver la relación temporal Lag ± 1 entre las verbalizaciones del terapeuta y el cliente, dicho de otro modo, contingencias de dos términos. Sin embargo, se han podido detectar patrones de interacción de tres términos (antecedente-respuesta-consecuente). En la tabla 6.3 se exponen los resultados de la detección de patrones. En la evaluación se ha detectado que la contingencia de tres términos operación motivadora (OM): conducta objetivo (COB)– reforzador positivo (R+) se repite de forma significativa durante la evaluación. También, durante las primeras sesiones de tratamiento se encuentran dos patrones de interacción de tres términos estímulo discriminativo clínico (DC): conducta objetivo - reforzador positivo y términos estímulo discriminativo clínico: dar información (DAR) - reforzador positivo. El patrón DIS: COB - R+ también es característico de la última parte del tratamiento junto con la contingencia OM: COB – R+.

Tabla 6.3

Patrones de interacción de tres términos detectados por el T-Pattern Model en cada fase

Fase	Contingencia*	Frecuencia
Evaluación	OM: COB – R+	20
Tratamiento 1	DC: COB - R+	49
	DC: DAR - R+	31
Tratamiento 2	DC: COB - R+	77
	OM: COB – R+	40

* $p < 0,01$

Nota: DC = Discriminativo Clínico; OM = Operación Motivadora; R+ = Reforzador Positivo; R- = Reforzador Negativo; DAR = Dar información; COB = Conducta Objetivo.

Tanto el análisis secuencial como análisis de patrones indican correlaciones positivas entre las Conductas Objetivo del cliente y los Reforzadores Positivos del terapeuta. Ya que los reforzadores positivos aumentan la probabilidad de emisión de las conductas a las que siguen, se ha calculado el tamaño del efecto (NAP) de la intervención del terapeuta sobre las Conductas Objetivo. En este caso, el índice de tamaño del efecto nos indica que el tratamiento ha tenido un efecto moderado en el incremento de las *Conductas Objetivo* (NAP = 0,67; Error estándar: 0,21; 95% CI: [0,32-0,89]).

También se ha realizado un análisis secuencial para las topografías de *Conducta Objetivo* y las topografías de *Conducta Problema*. En la tabla 6.4 se muestran los resultados del análisis secuencial

antecedente para las *Conductas Objetivo*, de forma similar a los datos obtenidos en el análisis secuencial general los *Discriminativos Clínicos* no anteceden a ninguna *Conducta Objetivo* del cliente y están correlacionados negativamente con *Mostrar Acuerdo*. En cambio, los *Discriminativos Instruccionales* y las *Operaciones Motivadoras* están correlacionadas positivamente con las conductas de *Mostrar Aceptación* por parte del cliente. En el caso de los *Discriminativos Instruccionales* estos datos aportan información más específica sobre la correlación mostrada en la tabla 6.1 entre los *Discriminativos Instruccionales* y las *Conductas Objetivo*, ya que como podemos ver en esta tabla esa correlación esta mayormente explicada por la relación positiva entre los *Discriminativos Instruccionales* y *Mostrar Aceptación* en la fase de evaluación y en la primera fase de tratamiento. El mismo resultado se encuentra en la correlación entre las *Operaciones Motivadoras* y las *Conductas Objetivo*, ya que esa correlación ocurre entre las *Operaciones Motivadoras* y las conductas de *Mostrar Aceptación* (en la figura 6.7 se muestra la tasa por minuto de estas conductas en cada sesión). En la tabla 6.5 se puede ver que por lo general las *Conductas Problema* no están asociadas con ninguna conducta del terapeuta. No obstante, en las primeras sesiones del tratamiento se ha encontrado una relación positiva significativa entre los *Discriminativos Clínicos* y las *Descripciones de Conductas Problema Fuera de Sesión*.

Tabla 6.4

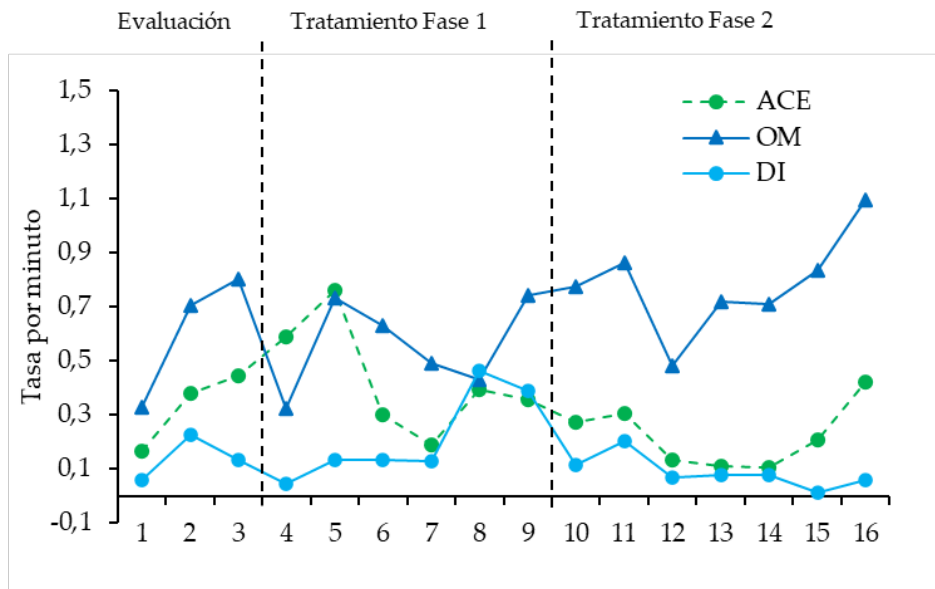
Análisis secuencial antecedente de las Conductas Objetivo.

Secuencias (Lag +1)		Evaluación	T1	T2	Q de Yule
C. Terapeuta	C. Cliente				
DC	DCO	-	-0,52	-0,63	
	COS	-	-	-	
	ACE	-0,95	-0,64	-0,84	
	LOG	-	-	-	
DI	DCO	-	-	-	
	COS	-	-	-	
	ACE	0,95	0,61	-	
	LOG	-	-	-	
OM	DCO	-	-	-	
	COS	-	-	-	
	ACE	0,95	0,82	0,85	
	LOG	-	-	-	

Nota: DC = *Discriminativo Clínico*; DI = *Discriminativo Instruccional*; OM = *Operación Motivadora*; DCO = *descripción conducta objetivo fuera de sesión*; COS = *conducta objetivo en sesión*; ACE = *aceptación*; LOG = *Logro*.

Figura 6.7

Distribución de las conductas de Aceptación, Operaciones Motivadoras y Discriminativos Instruccionales



Nota: ACE = aceptación; OM = Operación Motivadora; DI = Discriminativo Instruccional.

Tabla 6.5

Análisis secuencial antecedente de las Conductas Problema.

Secuencias (Lag +1)

C. Terapeuta	C. Cliente	Evaluación	T1	T2	Q de Yule
DC	DCP	-	0,65	-	1 0 -1
	CPS	-0,8	-	-	
	REC	-	-	-	
	FRA	-	-	-	
DI	DCP	-	-	-	
	CPS	-	-	-	
	REC	-	-	-	
	FRA	-	-	-	
OM	DCP	-	-0,77	-	
	CPS	-	-	-	
	REC	-	-	-	
	FRA	-	-	-	

Nota: DC = Discriminativo Clínico; DI = Discriminativo Instruccionales; OM = Operación Motivadora; DCP = descripción conducta problema fuera de sesión; CPS = conducta problema en sesión; REC = rechazo; FRA = fracaso.

Los resultados del análisis secuencial consecuente para las *Conductas Objetivo* y *Conductas Problema*, que se muestran en las tablas 6.6 y 6.7, nos indican las correlaciones positivas entre varias topografías específicas. Los *Reforzadores Positivos* siguen a las *descripciones de conducta objetivo fuera de sesión* y a las *conductas objetivo dentro de sesión* en todos los momentos de la intervención, evaluación y tratamiento. Lo cual indica que estas conductas están bajo un programa de reforzamiento por parte del terapeuta. En la Figura 6.8 se exponen la tasa de estas conductas a lo largo de las sesiones, que permite un análisis visual de la covariación de los *Reforzadores Positivos*, *descripciones de conducta objetivo fuera de sesión* y a las *conductas objetivo dentro de sesión*. Para evaluar el efecto del programa de reforzamiento en estas conductas específicas se ha calculado el NAP para ambas. Los tamaños del efecto indican un tamaño del efecto mediano para las *descripciones de conducta objetivo fuera de sesión* (NAP de DCO: 0.69; Error Estándar: 0.27; 95%; CI: [0.34, 0.90]) y para las *conductas objetivo dentro de sesión* (NAP de COS: 0.68; Error Estándar: 0.26; 95% CI: [0.33, 0.89]).

Tabla 6.6

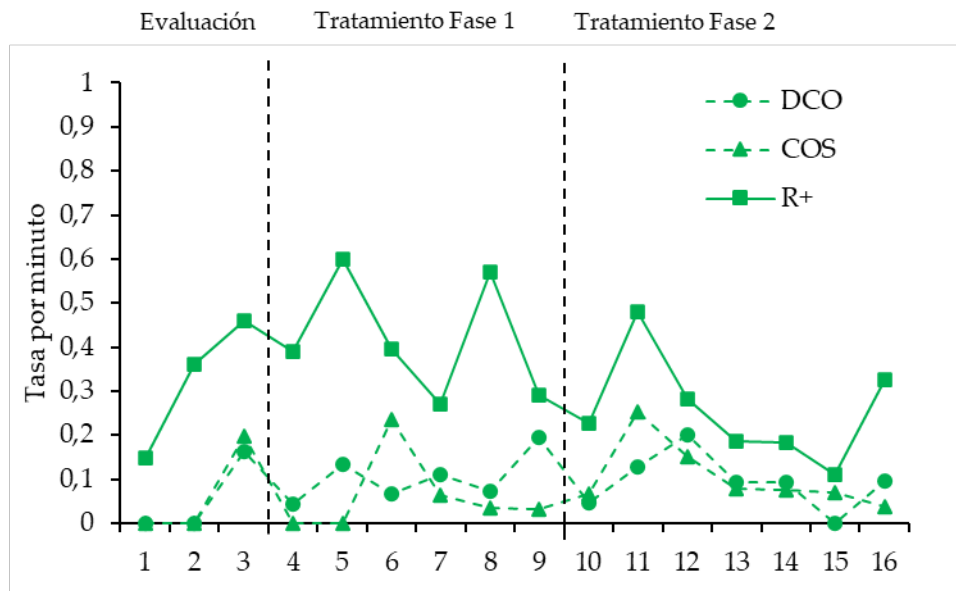
Análisis secuencial consecuente de las Conductas Objetivo.

Secuencias (Lag -1)		Evaluación	T1	T2	Q de Yule
C. Terapeuta	C. Cliente				
R+	DCO	0,93	0,91	0,96	1 0 -1
	COS	0,95	94	0,93	
	ACE	-	-	-	
	LOG	-	-	-	
R-	DCO	-	-	-	
	COS	-	-	-	
	ACE	-	-	-	
	LOG	-	-	-	
OM	DCO	-	-	-	
	COS	-	-	-	
	ACE	0,65	0,68	0,43	
	LOG	-	-	-	

Nota: R+ = Reforzador positivo; R- = Reforzador negativo ; OM = Operación Motivadora; DCO = descripción conducta objetivo fuera de sesión; COS = conducta objetivo en sesión; ACE = aceptación; LOG = Logro.

Figura 6.8

Distribución de las descripciones de conducta objetivo, conductas objetivo en sesión y R+.



Nota: DCO = descripción conducta objetivo fuera de sesión; COS = conducta objetivo en sesión; R+ = Reforzador positivo.

En cuanto a los Reforzadores Negativos se ha encontrado una relación positiva, en todos los momentos de la intervención, con las conductas problema dentro de sesión y, en las últimas sesiones del tratamiento, con las descripciones de conducta problema fuera de sesión. En la figura 6.9 se muestran las tasas por minuto de estas conductas en cada sesión. Las correlaciones positivas encontradas en el análisis secuencial consecuente indican que estas dos conductas están bajo un programa de castigo positivo por parte de la terapeuta, en el caso de los problemas de conducta en sesión durante todo el tratamiento y en el caso de las descripciones de conducta problema fuera de sesión en la última parte del tratamiento. Al igual que con los programas de reforzamiento positivo, hemos calculado el tamaño del efecto de los programas de castigo para reducir conductas. Los índices de tamaño del efecto para las conductas problema dentro de sesión son bajos (NAP de CPS: 0,41; Error Estándar: 0,26; 95% CI: [0,15-0,73]) y el tamaño del efecto para la descripción de conductas problema fuera de sesión, comparando las fases de tratamiento 1 y tratamiento 2, indica un gran tamaño de efecto (NAP de DCP: 0,93; Error Estándar: 0,06; 95% CI: [0,61-0,99]).

Tabla 6.7

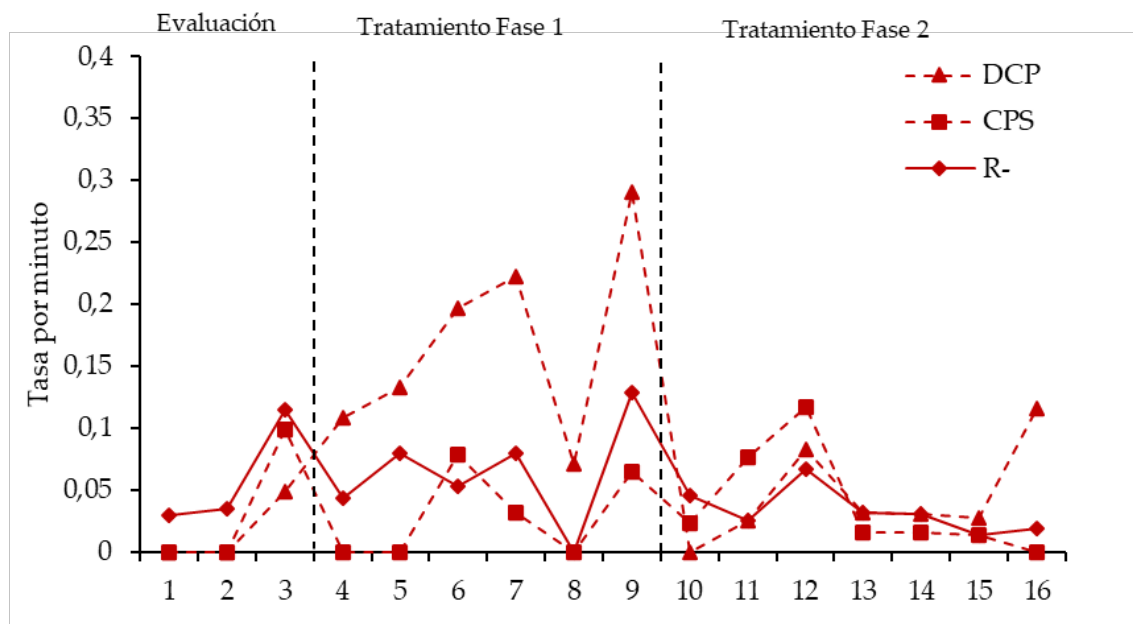
Análisis secuencial consecuente de las Conductas Problema.

Secuencias (Lag -1)		Evaluación	T1	T2	Q de Yule
C. Terapeuta	C. Cliente				
R+	DCP	-	-1	-	
	CPS	-0,8	-	-	
	REC	-	-	-	
	FRA	-	-	-	
R-	DCP	-	-	0,83	
	CPS	0,99	0,99	0,98	
	REC	-	-	-	
	FRA	-	-	-	
OM	DCP	-	-	-	
	CPS	-	-	-	
	REC	-	-	-	
	FRA	-	-	-	

Nota: R+ = Reforzador positivo; R- = Reforzador negativo; OM = Operación Motivadora; DCP = descripción conducta problema fuera de sesión; CPS = conducta problema en sesión; REC = rechazo; FRA = fracaso.

Figura 6.9

Distribución de las descripciones de conducta problema, conductas problema en sesión y R-.



Nota: DCP = descripción conducta problema fuera de sesión; CPS = conducta problema en sesión; R- = Reforzador negativo.

6.3 Discusión

Los resultados de este estudio permiten analizar la interacción entre el comportamiento de un terapeuta formado en análisis de conducta y una persona diagnosticada de trastorno mental grave. Aparte, se han obtenido datos descriptivos sobre la distribución de las principales funciones de la conducta verbal del terapeuta y cómo estas se relacionan con cambios en la conducta del cliente a lo largo de las sesiones.

Los resultados indican que los *Discriminativos Clínicos* se producen con más frecuencia los momentos iniciales de la intervención, tanto en la evaluación como en las primeras sesiones del tratamiento. Los *Discriminativos Clínicos* se asocian a la obtención de información clínica del cliente por parte del terapeuta (una correlación positiva en todos los momentos de la intervención entre *Discriminativos Clínicos* y *Dar Información*, ver tabla 6.1). Sin embargo, el terapeuta no deja de obtener información clínica en ningún momento de la terapia, a la luz de los resultados expuestos en las figuras 6.1 y 6.3, por lo que se puede asumir que las tareas relacionadas con la evaluación del psicólogo son permanentes a los diferentes momentos de la intervención. Si bien, en las últimas fases del tratamiento los *Discriminativos Clínicos* ceden espacio a las *Operaciones Motivadoras*. Este cambio en la tendencia de los *Discriminativos Clínicos* y el aumento de las *Operaciones Motivadoras* puede indicar que en sesiones más avanzadas dentro de la intervención el objetivo principal del terapeuta no es obtener más información, sino estimular un cambio conductual dentro y fuera de sesión modificando la valencia de determinados estímulos condicionados en la historia de aprendizaje del cliente y alterando la conducta asociada a estos estímulos condicionados. Además, la disminución de los *Discriminativos Clínicos* puede explicarse también por el establecimiento del control antecedente de las conductas discriminadas por este tipo de discriminativos. En las primeras sesiones se podrían dar con más frecuencia para que se produjera el entrenamiento necesario para adquirir ese control. Una vez adquirido, la tasa de discriminativos clínicos puede disminuir tras haber finalizado el entrenamiento.

Por otro lado, el análisis de las *Operaciones Motivadoras* nos puede dar información sobre el papel que juegan estas verbalizaciones para generar cambios en el comportamiento del cliente dentro y fuera de sesión. Los resultados de este estudio son acordes con los encontrados en trabajos similares (p.ej. de Pascual-Verdú et al., 2014), la tasa de *Operaciones Motivadoras* aumenta a medida que transcurren las sesiones. Aparte, los datos expuestos en la tabla 6.4 nos muestran que existe una correlación significativa entre las *Operaciones Motivadoras* y las conductas de *Mostrar Aceptación* por parte del cliente. Teniendo en cuenta la

función de las *Operaciones Motivadoras*, la asociación entre estas y *Mostrar Aceptación* se puede relacionar con la ocurrencia de debates socráticos exitosos en sesión. Resultados similares se encontraron en el trabajo de Calero-Elvira et al. (2013) en el que se muestra cómo la tasa de debates socráticos con éxito total aumenta en las últimas sesiones de los tratamientos. Estos resultados podrían estar relacionados con el aumento de la correlación entre Operaciones Motivadoras y Mostrar aceptación que se ha podido ver en este trabajo. A su vez, Estos resultados apoyan la idea sobre papel fundamental que juegan las *Operaciones Motivadoras* en los procedimientos de reestructuración cognitiva y pueden servir como una evidencia más para considerar las conductas de *Mostrar Aceptación* como medida del éxito en sesión de los debates socráticos. Sin embargo, este estudio no ha sido diseñado para analizar en profundidad las *Operaciones Motivadoras* y futuros estudios dedicados a analizar las diferentes topografías de *Operaciones Motivadoras* añadirían información valiosa en este campo de investigación.

Por otro lado, los *Discriminativos Instruccionales* están presentes durante todas las sesiones de la intervención, aunque, al igual que en los resultados encontrados en el Grupo 1 del anterior trabajo, se percibe un aumento en las primeras sesiones del tratamiento (ver figura 6.4). En este caso, al contar con más sesiones de tratamiento hemos podido documentar la evolución de los *Discriminativos Instruccionales* en fases más avanzadas del tratamiento. Por lo que hemos podido observar, la tasa de los discriminativos instruccionales tiende a disminuir en las últimas sesiones, aunque la correlación entre *Discriminativos Instruccionales* y seguimiento de instrucciones es mayor que en la evaluación y en las primeras sesiones del tratamiento (ver los resultados del análisis secuencial antecedente en la tabla 6.1.). Esta reducción en la tasa de *Discriminativos Instruccionales* también ha sido encontrada en estudios previos (p.ej. (Marchena-Giráldez et al., 2013) y ha sido asociada a momentos terapéuticos cuyo objetivo general era consolidar los cambios previamente obtenidos en sesión. En concreto, en este caso parece que el seguimiento de instrucciones es mayor en las últimas sesiones que en las anteriores. En cambio, en las primeras sesiones (evaluación y primera parte del tratamiento) los *Discriminativos Instruccionales* correlacionan positivamente con las conductas de *Mostrar Aceptación*, lo cual sugiere un cambio en la tendencia de actuación por parte del cliente ante las instrucciones del terapeuta. En las primeras sesiones el cliente tiende a mostrar aceptación ante las instrucciones y, a medida que pasan las sesiones, esas verbalizaciones se van sustituyendo por conductas de seguimiento explícito de las instrucciones (ver tablas 6.1 y 6.4). En este caso, no se han dado conductas de no seguimiento de sesiones, por lo que parece que el terapeuta parece que no ha tenido ningún problema en obtener control instruccional.

Si bien los resultados del análisis de los *Discriminativos (Clínicos e Instruccionales)* y las *Operaciones Motivadoras* son similares a los descritos previamente. El análisis de los *Reforzadores* y las conductas del cliente que correlacionan con estas verbalizaciones nos ha permitido establecer las principales diferencias en la actuación de terapeutas con diferente formación y relacionar las actuaciones con diferentes resultados en el incremento de las *Conductas Objetivo* y la disminución de la *Conducta Problema* del cliente. En concreto, la principal diferencia encontrada entre la actuación del terapeuta de este caso y la actuación general, descrita en trabajos previos, de los terapeutas en casos similares se encuentra en el análisis secuencial consecuente. En este caso, los *Reforzadores Positivos* correlacionan positivamente en todos los momentos de la intervención con *Conductas Objetivo*, con conductas de *Bienestar* en la evaluación y primeras sesiones de tratamiento y con el *Seguimiento de Instrucciones* en la primera fase de tratamiento. A su vez, en el análisis secuencial en el que se incluyen las diferentes topografías de *Conducta Objetivo*, hemos podido observar que los *Reforzadores Positivos* se correlacionan únicamente con las *descripciones de conductas objetivo fuera de sesión* y las *conductas objetivo en sesión*. Esto indica que el terapeuta ha aplicado programas de reforzamiento a ese tipo de conductas específicas, haciendo más probable que ese tipo de comportamiento se de en el futuro. Es más, el análisis de patrones indica que el terapeuta utiliza de forma sistemática contingencias de tres términos típicas de programas de reforzamiento, en las que están presente las *Conductas Objetivo* del cliente (ver tabla 6.3). En los resultados del análisis de patrones del anterior capítulo solamente se encontraron contingencias de este tipo en el grupo de terapeutas con formación en análisis de conducta, además, las contingencias de tres términos del grupo de terapeutas sin formación específica en análisis de conductas se encontraron en la parte de la evaluación y no se incluían las *Conductas Objetivo* de los clientes. Estos patrones de actuación que en anteriores trabajos se relacionaban con el éxito terapéutico, también se asocian en este a unos tamaños del efecto medios (NAP = 0,67) en el incremento de las *Conductas Objetivo*. Teniendo en cuenta estos resultados, es posible que los programas de reforzamiento verbal de *conductas objetivo dentro de sesión* y *descripciones de conductas objetivo fuera de sesión* tenga un rol fundamental en la consecución de los objetivos terapéuticos establecidos. Por otro lado, en los resultados se puede ver cómo los *Reforzadores Negativos* correlacionan positivamente con las *Conductas Problema*. Este dato implica que el terapeuta ha utilizado procedimientos de control aversivo para reducir estas conductas. En especial, este terapeuta utiliza los *Reforzadores Negativos* para reducir conductas problema en sesión durante el tratamiento, con un tamaño del efecto bajo (NAP: 0,41) y utiliza, específicamente los reforzadores negativos en las últimas sesiones para reducir la tasa de las *descripciones de conductas problema fuera de sesión*, con un gran tamaño del efecto (NAP: 0,93). Por otro lado, las *Conductas Problema* en este caso no correlacionan positivamente con

ninguna otra conducta del terapeuta, de forma similar a los resultados encontrados en el grupo de terapeutas con formación en análisis de conducta y en contra de lo encontrado en el otro grupo de terapeutas donde en 4 casos de 6 una correlación positiva entre *Conductas Problema* y *Reforzadores Positivos*. Estos resultados nos indican que los terapeutas con formación en análisis de conducta evitan poner bajo un programa de reforzamiento positivo las *Conductas Problema* del cliente y en determinados casos utilizan programas de control aversivo para reducir este tipo de problemas. En este punto, se podría disertar sobre diferentes razonamientos clínicos que puedan explicar las diferencias entre, por ejemplo, el uso de los *Reforzadores Positivos* y *Conductas Problema* en los terapeutas sin formación en análisis de conducta. Entre otros, se podría asumir un desconocimiento del funcionamiento de los programas de reforzamiento por parte de los terapeutas, se podría interpretar que estos terapeutas refuerzan positivamente estas conductas con el objetivo de validar este tipo de comportamientos y así, hacer que el cliente este más tranquilo en sesión, se podría asumir que la idea de cronicidad asociada a estos diagnósticos está influyendo en este tipo de comportamiento, etc. Sin embargo, la realidad es que este estudio no está diseñado para resolver esas cuestiones, simplemente sería un error asumir que las diferencias entre la actuación de los terapeutas se deben a ese tipo de motivos. Es importante no restar valor a los resultados encontrados en este estudio, ya que los eventos descritos pueden ser generalizables a una población similar. Sin embargo, el origen de las diferencias encontradas entre las actuaciones de los terapeutas debe ser analizado en trabajos específicamente diseñados para resolver estas cuestiones.

Aparte, este trabajo tiene limitaciones metodológicas que deberían prevenir de posibles errores de interpretación de los resultados y de inducir a la creación de trabajos que superen estas limitaciones. Entre las precauciones metodológicas nos gustaría destacar la interpretación de los índices de tamaño del efecto. Es importante reconocer que el concepto de *tamaño del efecto* no implica causalidad y esta es independiente a demostraciones experimentales sobre el control de determinadas conductas (Carter, 2013). Aunque el índice NAP describa la magnitud del tamaño del efecto, no se puede asumir que los efectos encontrados estén funcionalmente relacionados con las intervenciones. Encontrar esa relación funcional requeriría una manipulación en las variables independientes en diferentes fases y este trabajo no da cuenta de este tipo de control experimental. Otra de las precauciones a señalar está relacionada con la interpretación de la comparación entre diferentes terapeutas. Este estudio no tiene como objetivo hacer una descripción poblacional de los efectos de la formación en análisis de conducta en los terapeutas, si bien surge de la necesidad de documentar la actuación de un terapeuta con esta formación, no se pueden sacar conclusiones

generales que impliquen una generalización de los resultados de este estudio a más terapeutas. Si ese fuera el objetivo, un estudio observacional de un solo caso no serviría para alcanzarlo. Por otro lado, al igual que se han desglosado diferentes topografías de *Conductas Objetivo* y *Conductas Problema*, creemos que sería beneficioso conocer el rol de las diferentes topografías dentro de las *Operaciones Motivadoras*. En el Capítulo 3 se valoró incluir diferentes en las que el terapeuta puede cambiar la valencia de estímulos condicionados y alterar la conducta de la cliente relacionada con esos estímulos, también es cierto que las propiedades estadísticas de estas subcategorías no eran lo suficientemente buenas para considerarlas dentro del sistema. No obstante, estos resultados no deberían afectar al desarrollo de una línea de investigación que incluya una división entre diferentes verbalizaciones motivadoras, ya que como hemos visto en este estudio las *Operaciones Motivadoras* correlacionan positivamente con determinadas topografías de las *Conductas Objetivo* que pueden resultar relevantes en el análisis del cambio de comportamiento del cliente dentro y fuera de sesión.

En definitiva, este trabajo ha servido para recabar más datos sobre la actuación de los terapeutas durante una intervención psicológica con una persona diagnosticada de trastorno mental grave. En concreto, se puede concluir que la actuación del terapeuta no es dependiente del diagnóstico del cliente y se han encontrado varios patrones de interacción entre terapeuta y cliente relacionados con el éxito terapéutico. Además, la formación específica en los principios de aprendizaje básicos parece influir en la probabilidad con la que aparecen estos patrones en sesión. Otra de las conclusiones generales de este trabajo es que la tasa de *Conductas Objetivo*, establecidas tras la evaluación psicológica de personas diagnosticadas con trastorno mental grave, se puede incrementar con el uso de programas de reforzamiento llevados a cabo de forma sistemática por parte del terapeuta. A su vez, las conductas problema pueden disminuir gracias al uso de técnicas de control aversivo, este caso es un buen ejemplo de ello. Es cierto que este trabajo no es suficiente para resolver cuestiones relativas al cambio clínico fuera de sesión, a la causalidad entre la intervención y los cambios en la conducta del cliente, ni sirve para conocer las circunstancias que llevan a los terapeutas a actuar de una u otra manera. No obstante, este trabajo aporta datos novedosos en la investigación de la interacción clínica y los procesos de aprendizaje que subyacen al éxito terapéutico.

Analizar el comportamiento de psicólogo durante las sesiones y asociarlo con los resultados es esencial para conocer los principios de cambio que operan para conseguir el éxito terapéutico. De esta forma, se podría mejorar el resultado de las intervenciones psicológicas y añadir nuevos contenidos a los programas de formación. Este trabajo supera limitaciones de trabajos anteriores y sus resultados aportan

nueva información sobre la actuación de los terapeutas en el tratamiento de trastornos mentales graves. En el capítulo anterior y en otros trabajos previos en la misma línea de investigación (Álvarez-Iglesias, 2017; Álvarez-Iglesias et al., 2018), se ha analizado la actuación de terapeutas sin formación específica en análisis de conducta y se han comparado los resultados con las actuaciones de terapeutas con una formación específica en análisis de conducta. Por lo que los resultados obtenidos en el análisis de este caso aportan los primeros análisis observacionales sobre la actuación de un psicólogo especialista en análisis de conducta durante la intervención con una persona diagnosticada de trastorno mental grave. Lo que supone un primer paso en varias direcciones: (1) conocer la distribución de las conductas del terapeuta en más de 15 sesiones consecutivas, (2) reconocer los efectos de la formación en terapia de conducta en la actuación del terapeuta durante la intervención psicológica y (3) asociar el comportamiento de los terapeutas en el tratamiento de trastornos mentales graves con la efectividad de la intervención.

Conclusiones y trabajos futuros

En este capítulo se exponen las principales conclusiones de la tesis doctoral y se discuten las posibilidades para desarrollar trabajos futuros en la dirección marcada por este trabajo. El objetivo general es analizar la interacción verbal entre terapeuta y cliente diagnosticado de trastorno mental grave. Este objetivo, parte de la necesidad general en psicología clínica de conocer sobre los procesos psicológicos básicos que hacen posible que las terapias psicológicas funcionen. Alcanzar este propósito requiere un análisis teórico previo a los estudios empíricos. En los tres primeros capítulos se establece un marco teórico que sirve de contexto y justificación para el resto de los trabajos.

Conclusiones

En el primer capítulo se defiende la perspectiva analítico funcional, fundada en el conductismo radical y los avances posteriores (Barnes-Holmes, 2000; Biglan & Hayes, 2015; Chiesa, 1994; Moore, 2013, 2015; Skinner, 1974), como el marco teórico apropiado para el desarrollo de una ciencia del comportamiento, en la que se asume una perspectiva determinista, funcional, pragmática e incorporada en la teoría de la selección natural. La perspectiva funcional a la conceptualización y tratamiento de los problemas psicológicos relacionados con los diagnósticos de trastorno mental grave (i.e. esquizofrenia y problemas psicóticos relacionados, depresión mayor, trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad) supera los principales problemas derivados del modelo biomédico para estos problemas. La perspectiva funcional conceptualiza estos problemas como problemas del comportamiento por lo que se puede realizar una evaluación funcional de las variables que los mantienen y planificar una intervención basada en los resultados de la evaluación. De esta forma se evita utilizar etiquetas diagnósticas que no han mostrado datos empíricos de las bases fisiológicas que supuestamente las respaldan, que tienen problemas de homogeneidad entre individuos diagnosticados con el mismo problema y que generan problemas de estigma en la sociedad y en las personas que han sido diagnosticadas. Por otro lado, el tratamiento diseñado desde una perspectiva funcional implica generar cambios en las variables ambientales de las cuales la conducta es función, de esta forma se puede evitar la falacia de la simetría de tratamiento en la que se puede caer estableciendo un tratamiento basado solamente en psicofármacos. En este capítulo también se discuten

las variables sociales que mantienen el uso de un paradigma biomédico y se defiende la inclusión de las ciencias del comportamiento como una ciencia básica, junto a la física, química y biología, útil para mejorar la salud de las personas.

En el segundo capítulo se argumentan las razones para un cambio de paradigma dentro de los sistemas de validación de las intervenciones psicológicas. En la actualidad estos sistemas no requieren que la intervención psicológica a evaluar esté fundamentada en ningún tipo de teoría sobre el origen de los problemas y/o los procesos psicológicos básicos que expliquen los resultados de las intervenciones. Por otro lado, estos sistemas de validación rotan sobre los sistemas psiquiátricos diagnósticos, por lo que el resultado de la intervención está basado en puntuaciones grupales pre y post intervención, las variables individuales no se tienen en cuenta y el tratamiento psicológico se establece en base a una etiqueta diagnóstica. Frente a estos problemas se propone incluir una evaluación de las teorías psicológicas que fundamentan las intervenciones psicológicas, de esta forma se evita validar intervenciones basadas en perspectivas pseudocientíficas del comportamiento (p.ej. psicoanálisis). Por otro lado, se defiende un cambio de paradigma influenciado por la perspectiva ideográfica propia del análisis funcional, de esta forma se pueden tener en cuenta las variables personales y contextuales de las personas que van a recibir tratamiento psicológico y que este sea diseñado teniendo en cuenta los resultados de esta evaluación. Por último, se presenta una síntesis cuantitativa de tratamientos psicológicos basados en un análisis funcional para alucinaciones, delirios y habla desordenada (i.e. problemas relacionados con los diagnósticos de trastorno mental grave). Este trabajo es un ejemplo de la puesta en práctica de las soluciones propuestas a los problemas de los sistemas de validación de intervenciones psicológicas.

Por otro lado, en el tercer capítulo se argumenta la necesidad de una investigación en psicología clínica centrada en los principios y procesos psicológicos básicos. Para ello se han desarrollado los principales problemas de la investigación de procesos (i.e. investigación centrada en los factores específicos e investigación centrada en los factores inespecíficos), entre los cuales cabe destacar la heterogeneidad teórica (que incluye explicaciones pseudocientíficas del comportamiento) y el déficit de mediciones directas del comportamiento de los clientes. Frente a estos problemas se propone una investigación de procesos fundamentada en el Análisis Clínico de la Conducta con énfasis en los procesos de control verbal del comportamiento que pueden explicar los resultados de las intervenciones psicológicas. Los estudios experimentales y aplicados de transferencia de funciones, control estimular múltiple de la conducta verbal, formación de clases de equivalencia, control contextual de clases de equivalencia y los nuevos desarrollos

en operantes verbales bidireccionales suponen un corpus teórico suficiente para explicar los procesos psicológicos básicos que explican el control verbal del comportamiento del cliente por parte del terapeuta que posibilitan los resultados exitosos de los tratamientos psicológicos a personas verbalmente competentes.

El objetivo del cuarto capítulo es crear un sistema de codificación observacional funcional para el análisis de la interacción verbal en sesión entre terapeuta y cliente. Tras el proceso de depuración y validación del sistema se ha generado un sistema con 5 categorías funcionales: *estímulo discriminativo clínico*, *estímulo discriminativo instruccional*, *operación motivadora condicionada*, *reforzador condicionado positivo* y *reforzador condicionado negativo*. Los estímulos discriminativos clínicos y estímulos discriminativos instruccionales tienen la misma función discriminativa, pero esta distinción atiende a que discriminan diferentes topografías de conducta en el cliente. La conducta del cliente tiene función respuesta en el sistema. Aunque se reconoce que la conducta del cliente tiene diferentes funciones para el terapeuta, el terapeuta es la persona que pone en marcha procedimientos para generar control verbal sobre el comportamiento del cliente y la variable dependiente de los tratamientos psicológicos es la conducta del cliente. Este sistema supone una mejora teórica, ya que las categorías están fundamentadas descripciones funcionales, y mejora las propiedades estadísticas de los sistemas anteriores (p.ej. Álvarez-Iglesias, 2017), ya que las puntuaciones obtenidas con el sistema de categoría cumplen los supuestos de normalidad y el sistema tiene mejor valor predictivo y discriminante. Este sistema de observación es esencial para la consecución del objetivo general de esta tesis doctoral y se ha utilizado en los siguientes capítulos empíricos.

El centro de gravedad de esta tesis doctoral es el trabajo descrito en el quinto capítulo. El objetivo de este trabajo es analizar la interacción clínica en el tratamiento psicológico con personas diagnosticadas de TMG. Para ello se analizó la interacción verbal entre terapeuta y cliente de 12 casos (6 con personas diagnosticadas de TMG y 6 con personas sin diagnóstico de TMG). Gracias a este estudio se han podido encontrar similitudes y diferencias en la forma de actuación de los terapeutas que se han podido relacionar con el resultado de sus intervenciones. En este trabajo se ha podido observar cómo los terapeutas no actúan de una forma determinada en cada caso y se ajustan a las características de cada momento terapéutico y del cliente. Se puede observar con claridad este efecto en la distribución de los reforzadores negativos. Esta función de forma general es la que se encuentra con menor probabilidad, sin embargo, se puede encontrar usos esporádicos de esta función que no siguen ningún patrón entre terapeutas o momentos temporales. Este cambio de tasa en la función atiende a la puesta en marcha de un procedimiento de castigo ante la

presencia de problemas de conducta en sesión. Por otro lado, las principales semejanzas entre grupos se han encontrado en la actuación de los terapeutas en la evaluación (p.ej. frecuencia de discriminativos clínicos, tasas bajas de discriminativos instruccionales, etc.). Las principales diferencias entre los grupos se encuentran en la fase de tratamiento. En el grupo 2 se ha encontrado un aumento de los *discriminativos instruccionales* asociado a un mayor seguimiento de instrucciones, un aumento de *operaciones motivadoras* asociadas a *conductas objetivo*, *conductas problema* y *mostrar aceptación* por parte del cliente y en el uso de los *reforzadores positivos* durante el tratamiento en contingencias de tres términos que incluían las *conductas objetivo* del cliente. Estos patrones de actuación que aparecen en la actuación de los terapeutas del grupo 2 se han asociado a mejores resultados terapéuticos gracias a una síntesis cuantitativa del aumento de las conductas objetivo entre evaluación y tratamiento de los diferentes casos. Aparte de no observarse estos patrones de actuación asociados a mejores tamaños del efecto de la intervención, se ha encontrado el uso de *reforzadores positivos* asociados a *problemas de conducta* en el grupo 1. Sin embargo, este estudio no sirve para analizar el origen de estas diferencias en la actuación de los terapeutas, que parecen estar asociadas a los resultados de la terapia. Si bien los resultados de este trabajo suponen una aportación significativa en el estudio de los procesos terapéuticos en sesión, es necesario realizar más estudios al respecto.

El objetivo del último capítulo empírico de esta tesis doctoral es analizar la interacción clínica en el tratamiento psicológico con una persona diagnosticada de trastorno mental grave por parte de un terapeuta con formación específica en técnicas de modificación de conducta. Con este trabajo se intenta analizar la actuación del terapeuta en relación con los resultados empíricos resultantes del trabajo anterior. Además, este estudio brinda la posibilidad de analizar la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente de forma más específica y detallada. Los resultados del análisis de los *Discriminativos (Clínicos e Instruccionales)* y las *Operaciones Motivadoras* son similares a los descritos previamente. Sin embargo, el análisis de los *reforzadores* y las conductas del cliente que correlacionan con estas verbalizaciones nos ha permitido establecer las principales diferencias en la actuación de terapeutas con diferente formación y relacionar las actuaciones con diferentes resultados en el incremento de las *Conductas Objetivo* y la disminución de las *Conductas Problema* del cliente. Se ha podido observar cómo el terapeuta ha aplicado programas de reforzamiento a determinadas topografías de conductas objetivo. Aparte, el análisis de patrones indica que el terapeuta utiliza de forma sistemática contingencias de tres términos típicas de programas de reforzamiento, en las que están presente las *Conductas Objetivo* del cliente. Por otro lado, en los resultados se puede ver cómo los *Reforzadores Negativos* correlacionan positivamente con las *Conductas Problema*. En concreto, se puede

observar cómo el uso de los Reforzadores Negativos redujo las *conductas problema en sesión* durante el tratamiento, con un tamaño del efecto bajo (NAP: 0,41) y redujo la tasa de las descripciones de *conductas problema fuera de sesión*, con un gran tamaño del efecto (NAP: 0,93). Además, se ha observado que las *conductas problema* del cliente no correlacionan con ninguna otra función de la conducta verbal del terapeuta. Este resultado puede indicar que los terapeutas con formación en análisis de conducta evitan poner bajo un programa de reforzamiento positivo las Conductas Problema del cliente.

En definitiva, este trabajo ha servido para recabar más datos sobre la actuación de los terapeutas durante una intervención psicológica con una persona diagnosticada de trastorno mental grave. En concreto, de este trabajo se puede concluir que:

- La conceptualización de los trastornos mentales graves como problemas de conducta desde una perspectiva analítico funcional ayuda a identificar las causas de estos problemas y a diseñar una evaluación basada en el resultado de una evaluación funcional.
- Los datos derivados de estudios experimentales y aplicados de las ciencias del comportamiento deberían tenerse en cuenta en el tratamiento de los trastornos mentales graves.
- Los sistemas de validación de intervenciones psicológicas deberían exigir que los estudios primarios expliciten los principios y procesos de cambio desde una teoría científica del comportamiento humano.
- La investigación de procesos se vería beneficiada del estudio de principios y procesos psicológicos básicos que tengan en cuenta variables susceptibles a manipulación experimental.
- La investigación en los procesos control verbal del comportamiento pueden ser útiles para explicar el resultado de los tratamientos psicológicos.
- La observación basada en un sistema funcional de la conducta verbal del terapeuta y el cliente es posible. Se ha creado, depurado y validado un sistema con cinco categorías de la conducta verbal del terapeuta: *estimulo discriminativo clínico*, *estimulo discriminativo instruccional*, *operación motivadora condicionada*, *reforzador condicionado positivo* y *reforzador condicionado negativo*; que conceptualiza la conducta del cliente como *respuesta*. Este sistema facilita el estudio de los procesos de aprendizaje que se ponen en marcha en la interacción verbal en sesión.
- La actuación del terapeuta no es dependiente del diagnóstico del cliente.

- La actuación del terapeuta se ajusta a las características del caso y el momento temporal de la sesión. Por ejemplo, en la evaluación se han encontrado tasas más altas de *estímulos discriminativos clínicos* que en el resto del tratamiento.
- Se han encontrado patrones de actuación relacionados con el éxito terapéutico (i.e. aumento de la tasa de *conducta objetivo* y disminución de la tasa de *conducta problema*). Estos patrones son: el aumento de la tasa de *discriminativos instruccionales* y *operaciones motivadoras* durante la fase de tratamiento, la correlación secuencial positiva entre *conductas objetivo* y *reforzadores condicionados positivos*, la correlación secuencial positiva entre *conducta problema* y *reforzador condicionado negativo*, la correlación secuencial negativa entre *conducta problema* y *reforzador condicionado positivo* y el uso de contingencias de tres términos que involucran los *estímulos discriminativos clínicos* u *operaciones motivadoras*, las *conductas objetivo* y los *reforzadores condicionados positivos* (i.e. DC: COB-R+ o OM: COB-R+).
- Se ha podido determinar en el último estudio empírico que estos patrones de interacción también se pueden relacionar con el éxito terapéutico en casos con personas diagnosticadas de trastorno mental grave.
- La formación en análisis de conducta es un factor que puede hacer más probable la aparición de patrones de interacción relacionados con el éxito terapéutico.

Por último, esta tesis supone un avance técnico y metodológico en esta línea de investigación. Aparte de haberse desarrollado un sistema basado completamente en descripciones funcionales de la conducta del terapeuta, se han utilizado diseños de investigación que han permitido evaluar la evolución de las variables a lo largo de las sesiones en diferentes casos. De esta forma se gana mayor precisión sobre el estudio de los procesos de aprendizaje básicos que se dan a lo largo del tiempo. Por otro lado, las técnicas de síntesis cuantitativa de tamaños del efecto de diseños intra-sujeto abre nuevas posibilidades para el estudio de la efectividad de los tratamientos psicológicos. Este tipo de técnicas se pueden combinar con nuevas perspectivas dentro del análisis secuencial, de esta forma se puede relacionar los patrones de interacción verbal con el efecto de estos en el funcionamiento del tratamiento psicológico.

Trabajos futuros

A partir de los trabajos expuestos en la tesis doctoral, se podrían desarrollar estudios teóricos que analicen con más precisión algunas de las cuestiones ya abordadas, desarrollar nuevas técnicas de

observación y/o desarrollar trabajos empíricos que superen las limitaciones metodológicas de los trabajos presentados.

Sería interesante explorar teóricamente la posibilidad de desarrollar un sistema diagnóstico basado en el resultado de la evaluación funcional de los problemas. Por ejemplo, problemas por exceso conductual de determinado repertorio conductual. También sería interesante desarrollar la relación entre las ciencias del comportamiento y los sistemas de salud en general, sería beneficioso conocer en profundidad las raíces filosóficas de esta relación para poder contribuir en un desarrollo de ambas disciplinas beneficioso para ambas. Por otro lado, sería interesante realizar otras síntesis cuantitativas de intervenciones basadas en el resultado de un análisis funcional para problemas conductuales relacionados con los trastornos mentales graves. Este tipo de trabajos podrían aumentar contribuir a la aceptación de las técnicas analítico funcionales para el tratamiento de estos problemas. A su vez, sería beneficioso un estudio teórico más detallado sobre cómo los principios y procesos, descritos en la literatura experimental y aplicada, de control verbal del comportamiento se pueden relacionar con los tratamientos psicológicos en personas verbalmente competentes.

Por otro lado, el sistema de observación tiene una limitación principal relacionada con la eficiencia. El tiempo de registro de las sesiones supone, al menos, el doble de tiempo de duración de la sesión (i.e. por cada hora de sesión se dedican al menos dos horas de registro). Este tiempo de registro no incluye el tiempo invertido para calcular el acuerdo entre diferentes observadores. Por lo que este tipo de investigación requiere de una inversión en recursos humanos que puede dificultar su puesta en práctica en otros laboratorios. Sería beneficioso para la investigación de procesos de conducta verbal el desarrollo de una inteligencia artificial capaz de identificar diferentes topografías verbales que tengan una determinada función en una comunidad verbal para reducir los tiempos de observación y así hacer este tipo de investigación más eficiente y aumentar la probabilidad de su uso en otros laboratorios.

Además, sería interesante diseñar trabajos experimentales en los que se controle la aparición de determinados patrones de actuación relacionados con el éxito terapéutico. Por ejemplo, sería interesante crear dos grupos de al menos seis terapeutas con casos diagnosticados de trastorno mental grave, formar a uno de ellos en el uso de contingencias verbales de dos y tres términos. De esta forma podríamos evaluar si este tipo de patrones se da con mayor probabilidad en el grupo de terapeutas y si el uso de estos patrones se relaciona con un mejor resultado terapéutico de la intervención. Estos datos supondrían un avance

significativo en esta línea de investigación. Otros estudios que han utilizado determinado control experimental sobre las verbalizaciones del terapeuta se pueden encontrar en Pardo-Cebrián (2019).

Por otro lado, el análisis de las diferentes topografías de *Operaciones Motivadoras Condicionadas* en sesión ayudaría a conocer más sobre el papel de este tipo de verbalizaciones en el control verbal del comportamiento del cliente. El efecto de estas verbalizaciones sobre el comportamiento del cliente debería ser observado también fuera de sesión o en situaciones experimentales tras las sesiones. Dependiendo el caso que se esté estudiando se podrían desarrollar medidas paralelas para ver el efecto de este tipo de verbalizaciones en comportamiento del cliente. De esta forma se podrían evaluar si las diferentes topografías de operaciones motivadoras tienen un mayor o menor efecto en el comportamiento del cliente. Estos datos nos permitirían, por ejemplo, entrenar a los terapeutas en formas más eficaces de explicar conceptos clínicos, condicionar determinados estímulos durante el tratamiento psicológico o alterar la frecuencia de determinados comportamientos asociados a los estímulos descritos en las operaciones motivadoras.

Por último, esta línea de trabajo se podría beneficiar del uso nuevas técnicas cuantitativas en el estudio secuencial del comportamiento, así como de los desarrollos datos de series temporales y de modelos cuantitativos que nos permitan predecir el comportamiento de los terapeutas y de los clientes en las siguientes sesiones. El desarrollo de este tipo de técnicas en análisis de conducta plantea un debate teórico y metodológico abierto (Catania, 2012; Killeen, 2019, 2021; Mazur, 2006; Moore, 2015; una revisión del análisis de datos temporales en análisis de conducta se puede encontrar en Borckardt et al., 2013; Molenaar y Goode, 2013). Sin embargo, el uso de este tipo de desarrollos metodológicos podría abrir la oportunidad de añadir a los datos descriptivos modelos predictivos del comportamiento. No obstante, para poder crear este tipo de modelos predictivos se necesitan datos experimentales que nos ayuden a conocer la relación causa efecto entre patrones de interacción verbal en sesión y su efecto sobre el comportamiento del cliente.

Anexo 1: Manual de Observación del Sistema ACOVEO

Este manual de observación tiene como objetivo hacer posible el uso del sistema de observación por profesionales externos al grupo ACOVEO y por lo tanto hacer posible la replicación de los estudios de este y otros trabajos del grupo. Para ello se definen las variables del sistema de observación y se pormenorizan los acuerdos y especificaciones de cómo se han llevado a cabo las observaciones. Este trabajo es resultado de varios años de trabajo académico de los miembros del grupo ACOVEO liderado por María Xesús Froxán Parga. Los sistemas de observación de la interacción verbal han ido evolucionando a lo largo de los años y se han adaptado para alcanzar los objetivos de diferentes estudios empíricos (para ver la evolución del sistema a lo largo de los años leer De Pascual-Verdú et al., 2019).

El sistema de observación está creado desde una perspectiva analítico funcional al estudio del comportamiento humano (Chiesa, 1994; Moore, 2013; Skinner, 1953) aplicado en contextos clínicos (Kohlenberg et al., 1993; Madden et al., 2016). Por lo tanto, se asume que la interacción verbal en contexto clínico genera el contexto en el cual el terapeuta utiliza procedimientos que ponen en marcha los procesos de cambio conductual. Por lo que es posible un registro de las cadenas conductuales de las cuales la conducta del cliente es función. Además, en la anterior definición se asume que el papel del terapeuta es directivo, ya que es el que administra las contingencias (i.e. procedimientos) para generar el cambio conductual del cliente (De Pascual-Verdú et al., 2019; Virués-Ortega & Froján-Parga, 2015).

Las categorías *estímulo discriminativo clínico* y *estímulo discriminativo instruccional* son dos categorías que tienen la misma función, pero diferente topografía. En los estudios empíricos realizados se ha visto que estas dos topografías de respuesta aumentaban la probabilidad de diferentes clases de respuesta, por lo que pese a tener la misma función se debían categorizar en dos categorías diferentes (ver discusión del capítulo 4 y los trabajos Froján-Parga et al., 2012; Marchena-Giráldez et al., 2013). Por otro lado, se ha eliminado la categoría *función elicitoria* por la poca relevancia en términos de ocurrencia que tenía en las sesiones utilizadas para la depuración del sistema que resultó en características estadísticas de la categoría que dificultaban su utilidad práctica.

En la categoría *respuesta* se recogen las conductas del cliente en sesión (verbales o no) que sean de interés para el estudio que se esté llevando a cabo. Estas respuestas tienen la misma función, pero diferentes

topografías por lo que en cada estudio se debe detallar cuales son los criterios para categorizar las conductas del cliente. Por ejemplo, un estudio que tenga como objetivo analizar problemas conductuales específicos de los clientes (p.ej. alucinaciones, delirios y lenguaje desorganizado) tendrá diferentes topografías de la *respuesta* del cliente que un estudio dedicado a analizar el seguimiento de instrucciones (p.ej. verbalización de seguimiento, verbalizaciones de no seguimiento de instrucciones, aceptación, etc.).

Categorías del sistema

El sistema tiene cinco categorías para la conducta verbal del terapeuta y una para la conducta del cliente. En la Tabla A.1.1 de este anexo se exponen las variables y las descripciones funcionales de estas.

Tabla A.1.1

Categorías del Sistema de registro ACOVEO y definiciones funcionales.

Categoría	Sujeto	Descripción Funcional
Estímulo Discriminativo Clínico	Terapeuta	Estímulo antecedente que aumenta la probabilidad de una determinada respuesta o clase de respuesta.
Estímulo Discriminativo Instruccional	Terapeuta	Estímulo antecedente que aumenta la probabilidad de una determinada respuesta o clase de respuesta.
Operación Motivadora Condicionada	Terapeuta	Estímulo antecedente que altera el valor reforzante de un estímulo consecuente y altera la frecuencia de las conductas relacionadas con ese estímulo consecuente.
Respuesta	Cliente	Conductas del cliente que sean función de las conductas verbales del terapeuta. En cada estudio se pueden registrar diferentes topografías de respuesta.
Estímulo reforzador Condicionado Positivo	Terapeuta	Estímulo consecuente que aumenta la probabilidad de una conducta operante cuando tiene una contingencia positiva con la respuesta y la disminuye cuando tiene una contingencia negativa con la respuesta.
Estímulo Reforzador Condicionado Negativo	Terapeuta	Estímulo consecuente que disminuye la probabilidad de una conducta operante cuando tiene una contingencia positiva con la respuesta y la aumenta cuando tiene una contingencia negativa con la respuesta (también conocido como estímulo aversivo).

Instrucciones generales para el registro²⁰

Requisitos de los observadores

- Los observadores deben tener una formación general en análisis de conducta y específica en análisis de la conducta verbal.
- Los observadores tienen que ser miembros de la misma comunidad verbal que el terapeuta y el cliente. Si no, los observadores deben estar formados en las características particulares de la comunidad verbal del terapeuta y del cliente. Este requisito es importante para el registro de sesiones de intervención de otros países o de terapeutas y clientes de diferentes comunidades verbales.
- Los observadores trabajan en grupo (mínimo dos personas) para comentar los diferentes problemas y dudas que puedan surgir en los registros.
- Para el cálculo de los índices de acuerdo y fiabilidad inter-jueces los registros se deben hacer de forma independiente por al menos dos observadores.

Acuerdos generales para el registro de las categorías

- Las verbalizaciones no se registrarán como frases aisladas, sino como secuencias verbales (una o más frases) con una determinada función. Por ejemplo: “Para la próxima sesión deberías salir a andar por las mañanas, recuerda lo que hablamos antes” (Discriminativo Instruccional). Por ende, el análisis se realiza atendiendo a la posible funcionalidad de las verbalizaciones y no a sus características gramaticales. Sin embargo, dado que el efecto en la conducta del cliente se comprueba *a posteriori* hay que tener en cuenta las topografías típicas de la comunidad verbal que potencialmente tienen esa función.
- Las verbalizaciones no se registran por su duración, sino por su ocurrencia.
- El hecho de que el cliente interrumpa al terapeuta no significa que la potencial función de su conducta haya cambiado.

²⁰ Parte de estas recomendaciones generales son trabajo de diferentes miembros del grupo ACOVEO y se pueden encontrar en diferentes documentos de trabajo internos del grupo de investigación.

- Se registrará en el momento en el que el terapeuta finalice un conjunto de secuencias verbales con una determinada función y se perciba por el observador un posible cambio en la función de su conducta verbal.
- Las secuencias verbales del terapeuta pueden tener diversas funcionalidades al mismo tiempo, sin embargo, el sistema de observación propuesto recoge categorías excluyentes. Dado que el sistema tiene como objetivo analizar la interacción entre terapeuta y cliente, una misma verbalización puede seguir a una verbalización del cliente y a su vez anteceder a otra. Por tanto, cuando pueden estar coincidiendo varias categorías en una misma secuencia verbal, se registrará aquella categoría que más se ajuste a la topografía de dicha secuencia en la comunidad verbal.

Instrucciones para los observadores por cada categoría

Conducta verbal del terapeuta

Estímulo Discriminativo Clínico

- Se registrará cuando el terapeuta emita una verbalización en forma de pregunta con el objetivo de recabar información del cliente.

Ejemplo 1:

- Psicólogo: “¿Qué hiciste el fin de semana?” (Estímulo Discriminativo Clínico).
- Cliente: “He ido a un festival de cine” (Respuesta).

Ejemplo 2:

- Psicólogo: “¿De verdad piensas que todos los ingleses son iguales?” (Estímulo Discriminativo Clínico)
- Cliente: “La verdad es que no” (Respuesta).

- Se registrará cuando el terapeuta emita una verbalización en forma de petición con el objetivo de recabar información del cliente:

Ejemplo 1:

- Psicólogo: “Dime qué hiciste este fin de semana” (Estímulo Discriminativo Clínico).
- Cliente: “He ido a un festival de cine” (Respuesta).

Ejemplo 2:

- Psicólogo: "Perdona, repite lo que has dicho que no te he oído bien" (Estímulo Discriminativo Clínico).
 - Cliente: "Decía que no entiendo lo que es un pensamiento irracional" (Respuesta).
- Para que una verbalización sea categorizada como Estímulo Discriminativo Clínico no es necesario que después de la respuesta del cliente le siga un estímulo reforzador positivo o negativo, dado que puede tratarse de un proceso de encadenamiento o bien se asume que el hecho de seguir la conversación por parte del terapeuta es ya un reforzador para el cliente y tiene más sentido prestar atención a otra posible función de la conducta verbal el terapeuta.

Ejemplo 1 (encadenamiento):

- Psicólogo: "¿Crees que todo el mundo se pone nervioso ante los exámenes?" (Estímulo Discriminativo Clínico).
- Cliente: "Sí" (Respuesta).
- Psicólogo: "¿Y piensas que a pesar de ello apruebas e incluso sacan buena nota?" (Estímulo Discriminativo Clínico).
- Cliente: "La mayoría de las veces, sí" (Respuesta).
- Psicólogo: "Exactamente" (Estímulo Reforzador Condicionado Positivo).

Ejemplo 2:

- Psicólogo: "¿Crees que todo el mundo se pone nervioso ante los exámenes?" (Estímulo Discriminativo Clínico).
 - Cliente: "Sí" (Respuesta).
 - Psicólogo: "De hecho, la ansiedad nos da la energía que necesitamos para enfrentarnos a ellos" (Operación Motivadora)
- Cuando la verbalización del terapeuta no vaya seguida de una respuesta verbal o una respuesta no verbal observable (por ejemplo, dar las tareas) por parte del cliente no se registrará como Estímulo Discriminativo Clínico. Tampoco si lo que dice el cliente no guarda relación con lo que dice el terapeuta, en ese caso se entendería que el discriminativo que está operando sería un estímulo encubierto del cliente que, por tanto, no podemos observar.

- En los casos en los que, tras una verbalización con cualquier posible función, el terapeuta emita después una verbalización claramente codificable como Estímulo Discriminativo Clínico (por ejemplo, una pregunta), se registrará en primer lugar la verbalización previa dentro de la categoría correspondiente e, inmediatamente después, la categoría Estímulo Discriminativo Clínico.
-
- Cuando el terapeuta haga una pregunta, pero no deje que el cliente conteste y, por ejemplo, dé una explicación después, no se registrará la categoría Estímulo Discriminativo Clínico, sino que esta parte del discurso se incluirá dentro de la categoría asignada a la verbalización posterior. Esto también incluye a las preguntas retóricas.

Ejemplo:

- Psicólogo: “¿Pero qué ganas con eso? Lo único que vas a conseguir con eso es que la relación con tu hijo se deteriore aún más” (Operación Motivadora Condicionada, ver más adelante).
-
- Se registrará cuando dentro del mismo turno de habla del terapeuta, este hace varias preguntas seguidas, pero no deja contestar al cliente entre medias y el cliente sólo contesta al terminar éste de hablar, solamente se señalaría una categoría con Estímulo Discriminativo Clínico.

Estímulo Discriminativo Instruccional

- Se incluirá dentro de la categoría Estímulo Discriminativo Instruccional la especificación de las pautas que se desea que guíen la conducta del cliente fuera o dentro de sesión. Aparecerá sobre todo cuando el terapeuta pida tareas para casa de un modo directo y especificando claramente lo que el cliente debe hacer, cuando practiquen técnicas en sesión o en momentos de debate en los que se pida al cliente que busque alternativas a su pensamiento desadaptativo.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Cuando tu hermano te ofrezca cuidar de sus hijos, tienes que decirle que no de la forma en la que hemos practicado” (Estímulo Discriminativo Instruccional).
- Cliente: “De acuerdo” (Respuesta).

- Solo se registrará la categoría Estímulo Discriminativo Instruccional cuando se señalen pautas de actuación de un modo claro y directo, no pautas generales o sugerencias vagas.
- Se registrará cuando se pide al cliente que realice una tarea que no se explica en el momento pero que sí se explicó anteriormente con detalle, también se categorizará esto como Estímulo Discriminativo Instruccional.

Operación Motivadora Condicionada

- Se registrará cuando el terapeuta transmita conocimiento psicológico (técnico o clínico) de manera neutra, es decir, no personalizada.

Ejemplo 1:

- Psicólogo: “Cuando se ignoran las llamadas de atención de alguien es muy probable que se produzca un incremento de su insistencia en un primer momento” (Operación Motivadora Condicionada).

Ejemplo 2:

- Psicólogo: “Los ataques de ansiedad hacen que nos sintamos muy mal y es entendible asustarse, ahora bien, son inocuos y no dejan ningún tipo de secuela, por ejemplo, ningún problema de tipo cardíaco” (Operación Motivadora Condicionada).
- Si al dar una información el terapeuta va cambiando de contenidos, pero no hay nada que interrumpa su discurso o la interrupción del cliente no es significativa (no incluye al menos un verbo con valor predicativo o no es reforzada verbalmente por el terapeuta), todo se registra dentro de esta categoría.
- Si el discurso del psicólogo se ve modificado por algo que hace o dice el cliente, pero el terapeuta sigue aportando información de valor clínico, se registraría una nueva Operación Motivadora Condicionada.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Cuando uno tiene una expectativa muy alta sobre algo es muy probable que esta no se cumpla y luego acabe sintiéndose mal por ello” (Operación Motivadora Condicionada).

- Cliente: “Creo que a mí me pasó eso. Pero en este caso las expectativas me las crearon los demás” (Respuesta).
- Psicólogo: “Hay veces que aprendemos por modelado, que es otro tipo de aprendizaje fundamental” (Operación Motivadora Condicionada).
- Se registrará cuando el terapeuta emite una verbalización en la que adopta el rol de su cliente y hablar en su lugar, se considerará la conducta Operación Motivadora Condicionada sólo cuando esté modelando la conducta del cliente.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Puedes decirle <<Mira, lo siento mucho pero ya sabes que yo no hago horas extras, si quieres mañana empiezo con esto y lo termino, pero ahora no puedo quedarme>>” (Operación Motivadora Condicionada).
- Un listado de temas que se categorizan frecuentemente como Operación Motivadora Condicionada es el siguiente (esto no implica que contenidos de estos temas no puedan incluirse dentro de otra categoría si se ajustan mejor a los criterios de esta):
 - Explicación del análisis funcional
 - Presentación de ejemplos para ilustrar las explicaciones del terapeuta
 - Anticipación y/o explicación de tareas o actividades que se van a hacer en sesión
 - Aclaración de por qué se dice algo al cliente, de por qué el terapeuta está haciendo algo en sesión o de por qué propone una determinada estrategia
 - Planteamiento de visiones alternativas a la del cliente
 - Explicación de objetivos terapéuticos y técnicas a utilizar
 - Reajuste de objetivos terapéuticos
- Se registrará cuando el terapeuta ponga en relación una conducta del cliente (real o hipotética) con las consecuencias apetitivas o aversivas que tendrá para él.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Que vayas a comer los domingos con tu familia va a hacer que te sientas más integrado” (Operación Motivadora Condicionada).
- En las Operación Motivadora Condicionada puede tener una topografía en la que se incluyan términos personales, que se expliciten consecuencias relacionadas con la conducta del cliente, que

destaque consecuencias manifiestamente apetitivas o aversivas (es decir, consideradas así por la mayoría de la comunidad verbal) y que esté orientada al futuro.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Que vayas a comer los domingos con tu familia va a hacer que te sientas más integrada” (Operación Motivadora Condicionada).

- En las Operación Motivadora Condicionada no es necesario que estén especificadas siempre ni la conducta que se quiere aumentar o reducir ni la situación en la que se enmarca, sino que es suficiente con que aparezcan las consecuencias que se obtendrán.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Acabarás superando el problema” (Operación Motivadora Condicionada).

- Es imprescindible tener en cuenta que las consecuencias a las que tiene que hacer referencia son las consecuencias del cambio clínico personal, no a las consecuencias en general. Es decir, una frase como “Practicar parada de pensamiento produce el efecto de sentirse mejor” es información sobre la relación de ciertas cosas, pero “Si dejas de pensarlo no te sentirás tan mal” o “Si sigues pensándolo el problema se mantiene” pone en relación las consecuencias con las conductas correspondientes al cambio clínico.

- Dentro de esta categoría se incluirán además aquellas verbalizaciones del terapeuta que se refieran a las consecuencias que el comportamiento del propio cliente tiene, no sólo directamente sobre él/ella, sino también sobre personas cercanas e importantes para el cliente (pareja, padres, hijos, etc.), de modo que, aunque la persona en tratamiento se verá afectada por dichas consecuencias de un modo indirecto, es muy posible que éstas alteren la probabilidad de que se comporte de una determinada manera.

- Es importante tener en cuenta que frecuentemente estas verbalizaciones se insertarán en el discurso del cliente.

Ejemplo:

- Cliente: “Claro, es que cada vez que veo que me llama para quedar, aparto el teléfono como si me quemara...” (Respuesta).

- Terapeuta (interrumpiendo): "...así nunca se te va a pasar esa sensación." (Operación Motivadora Condicionada).

- Se registrará cuando el terapeuta describa alguna conducta o evento seguida de un término o expresión de carácter apetitivo o aversivo.

Ejemplo 1:

- Psicólogo: "Que le espíes el móvil a tu pareja es horrible" (Operación Motivadora Condicionada).

Ejemplo 2:

- Psicólogo: "Relacionarse con gente es maravilloso" (Operación Motivadora Condicionada).

- Una Operación Motivadora Condicionada puede incluir estímulos con un carácter manifiestamente apetitivo o aversivo en la comunidad verbal, esto quiere decir que es así para la mayoría de las personas que pertenecen a nuestra comunidad verbal. Palabras como "bueno", "malo", "horrible" o "maravilloso" serían ejemplos de esto mientras que términos como "normal", "entendible", "frecuente" o "dudoso", no lo serían. Además, debe estar en un determinado orden: EC (palabra que se desea emparejar) y EI (término apetitivo o aversivo).

- También se registrará cuando el terapeuta asocie figuras retóricas (símbolos, metáforas, hipérbolos...) y también cuando emplee la ironía.

Ejemplo:

- Psicólogo: "Cada pregunta que le haces es como si le clavaras un puñal" (Operación Motivadora Condicionada).
- Psicólogo: "Claramente no decirle que tiene que colaborar en las tareas de la casa es una estrategia buenísima para que empiece a hacerlo" (Operación Motivadora Condicionada).

- Se tendrán en cuenta la entonación y el volumen de voz aversivos o apetitivos teniendo en cuenta los criterios mantenidos por la comunidad verbal a la que pertenecen.

Ejemplo:

- Terapeuta: ¡Lo que no puede ser es que cada vez que te hacen una crítica tú te lo tomes como un ataque personal!

- Además, la conducta o el evento que se pone en relación con el término apetitivo o aversivo no siempre debe ser mencionado por el terapeuta, pudiendo este utilizar una descripción de este que sea funcionalmente equivalente y sustituya al mismo.

Estímulo Reforzador Condicionado Positivo

- Se registrará cuando el terapeuta felicite, apruebe y/o acepte la conducta emitida por el cliente inmediatamente antes de la verbalización del terapeuta.

Ejemplo:

- Cliente: “Y hablé con él en el momento en el que más tranquilo estaba” (Respuesta).
- Psicólogo: “Estupendo, hiciste muy bien” (Estímulo Reforzador Condicionado Positivo).
-
- Aunque es muy posible que algunas verbalizaciones del terapeuta pudieran tener función de reforzamiento negativo (por ejemplo, cuando ante una pregunta del cliente el psicólogo da una explicación técnica sobre su problema reduciendo así el malestar previo del cliente ante el temor a “tener algo extraño”), no consideraremos esta posible funcionalidad en el sistema de categorías.
- No se registrará cuando la conducta del cliente que se esté reforzando sea la de hablar, es decir, hacer que siga la conversación. En este sentido, podemos asumir que cada verbalización del terapeuta refuerza la conducta de hablar del cliente y también discrimina que este hable. Por tanto, no se registrarán como Estímulo Reforzador Condicionado Positivo las verbalizaciones que mantienen la conversación con el cliente y que no son contingentes a objetivos terapéuticos verbalizados por el cliente; en el caso de que la verbalización del terapeuta tenga otra función, se le dará prioridad a esta función.

Ejemplo 1:

- Psicólogo: “¿Siempre sueles callarte las cosas que te preocupan?” (Estímulo Discriminativo Clínico).
- Cliente: “Sí, casi nunca se lo digo a nadie” (Respuesta).
- Psicólogo: “Vale, de acuerdo” (Estímulo Reforzador Condicionado Positivo).

Ejemplo 2:

- Psicólogo: “Cuéntame cómo se llevan tus padres entre ellos” (Estímulo Discriminativo Clínico).
- Cliente: “Mal, están divorciados, hay tensiones” (Respuesta).
- Psicólogo: “Sin duda, tu ambiente familiar es complejo” (Estímulo Reforzador Condicionado Positivo) (Operación motivadora con información clínica).
- Los recursos conversacionales con los que a menudo se introducen algunas verbalizaciones (“bueno, pero”, “claro, pero fíjate...”, “ya, pero...”), no se registrarán.
- En los casos en los que una verbalización pueda tener esta función sobre una conducta observable, motora y clínicamente relevante (entregar las tareas, hacer algo que el terapeuta pida en sesión) del cliente, pero no una verbalización, se registrará la categoría Estímulo Reforzador Condicionado Positivo. Por ejemplo, cuando el cliente trae las tareas, se las da al terapeuta y, sin que haya una verbalización del cliente antes, el psicólogo dice algo así como “¡Muy bien!”.
- En los casos en los que el terapeuta complete una frase del cliente en medio de su discurso o repita lo que el cliente acaba de decir con el objetivo de mantener y seguir la conversación no se registrará como Estímulo Reforzador Condicionado Positivo.

Estímulo Reforzador Condicionado Negativo

- Se registrará cuando el terapeuta desapruébe, rechace o no acepte la conducta emitida por el cliente inmediatamente antes de la verbalización del terapeuta. Es necesario que haya ocurrido una conducta del cliente inmediatamente antes para su señalamiento.
- Ejemplo:
- Cliente: “Creo que no lo conseguiré nunca” (Respuesta).
 - Psicólogo: “Eso no es en absoluto cierto” (Estímulo Reforzador Condicionado Negativo).
- No se registrarán como Estímulo Reforzador Condicionado Negativo las verbalizaciones dirigidas a cambiar de tema o detengan la conversación con el cliente y que no sean contingentes a objetivos terapéuticos verbalizados por el cliente; en el caso de que la verbalización del terapeuta tenga otra función, se le dará prioridad a esta función.

Ejemplo:

- Cliente: “Mi vida en el pueblo fue dura, ahora vivo en la ciudad y mucho mejor, voy a la universidad y me integro bien...” (Respuesta).
 - Psicólogo: “Espera un momento, cuéntame más de esto antes de pasar a otro tema” (Estímulo Discriminativo Clínico).
-
- En los casos en los que una verbalización “castiga” una conducta motora del cliente, pero no una verbalización, no se registrará la categoría Estímulo Reforzador Condicionado Negativo. Por ejemplo, cuando el cliente trae las tareas, se las da al terapeuta y, sin que haya una verbalización del cliente antes, el psicólogo dice algo así como “¡Esas no son, te pedí otras!”.
 - La categoría Estímulo Reforzador Condicionado Negativo solo se registrará en aquellos casos en los que se observe un desacuerdo claro para evitar inferencias subjetivas que disminuyan el acuerdo entre observadores. Para decidir si estamos ante un ejemplo de un claro desacuerdo habrá que recurrir, en muchos casos, a otros indicadores además de la conducta verbal (tono de voz, postura, gestos, etc.).
 - No ha de registrarse la categoría Estímulo Reforzador Condicionado Negativo en aquellas secuencias donde hipotetizamos que el terapeuta está poniendo la respuesta del cliente en extinción. La extinción en la interacción terapeuta-cliente podría darse cuando ocurre un cambio de tema (emisión de un nuevo estímulo discriminativo) en ausencia de reforzador tras la conducta del cliente. Que el terapeuta no muestre acuerdo (extinción), no significa necesariamente que esté castigando.

Conducta verbal del Cliente

Dar Información

Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento.

- Al igual que las verbalizaciones que aportan información al terapeuta para la evaluación y el tratamiento, cuando el cliente lee lo que pone en su autorregistro en voz alta, se registrará la categoría Dar Información.
- En los casos en los que ante un discriminativo indicando el cliente no responda ni con acuerdo ni desacuerdo sino por ejemplo con algo como “No sé, no quiero pensarlo” registraremos Dar Información.

Pedir información

Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.

- Se registrará siempre esta categoría, independientemente del grado de elaboración de la frase que emita el cliente.
- La categoría *Solicitar información* se categorizará, cuando el cliente emita una pregunta al terapeuta, y cuando éste mismo pregunte al psicólogo, pero el terapeuta no le entienda y el cliente le vuelva a preguntar de nuevo. Esta segunda pregunta que realiza el cliente también se registrará como *Solicitar información*. Ejemplo:
 - Cliente: “¿Crees que eso va en la persona?” (Pedir información)
 - Psicólogo: “¿Que si eso es de malas personas?”
 - Cliente: “No, que si va en la persona” (Pedir información).
- Cuando el cliente haga preguntas retóricas, al igual que en la guía para el terapeuta no lo consideraremos función discriminativa, para el cliente tampoco se considerará *Pedir información*.
- En las ocasiones en las que el cliente le pregunte al terapeuta porque no le escuche o bien porque no entienda alguna de sus verbalizaciones, se registrará como *Pedir Información*, añadiendo en la columna de comentarios que se trata de este caso en concreto.
- Las muletillas del cliente como por ejemplo “¿no?” nunca serán registradas. Tan solo se hará una excepción cuando el cliente, repita su muletilla mostrando explícitamente que busca la respuesta del terapeuta. En este caso, esta segunda muletilla sí sería registrada.

Seguimiento de Instrucciones

Conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas por el terapeuta

- Se incluye en esta categoría la realización por parte del cliente de las conductas solicitadas por el terapeuta o fuera de sesión.
- Las verbalizaciones que se refieren a temas relacionados con la predicción de la consecución de la tarea.
- Las verbalizaciones que se refieren a la descripción de la consecución de las tareas pautadas en sesiones anteriores. Ejemplos:
 - Psicólogo: "Te parece, bueno, está bien que te parezca significativo, luego volveremos sobre eso. Dame otras explicaciones"
 - Cliente: "Pues no le apetecía llamar o simplemente se ha quedado sin batería y no le apetece pedir el móvil al compañero" (*Seguimiento de instrucciones*)
- No será *Seguimiento de instrucciones* un ejemplo como el siguiente (pues el terapeuta no da una instrucción, sino que emite un discriminativo clínico):
 - -Psicólogo: ¿No puedes pensar nada más?
 - "No"

No Seguimiento de Instrucciones

Conducta verbal del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta.

- Psicólogo: "Ahora te voy a grabar y tú mientras vas hablando..."
- Cliente: "No, no, no quiero que me grabes mientras hablo..."

- Cliente: "No quiero hacer esa tarea"

- Cliente: "Por ejemplo ayer dije voy a ir en el metro, y es como una lucha, no como una lucha si no como vaguería, esquivar algo que se me ha pasado por mi pensamiento pero que digo

no... ¡buah, la anulo!, o sea como si no hubiera pasado por mi cabeza, como si me estuviera haciendo la tonta...”

Bienestar

Verbalizaciones del cliente que hacen referencia a estado de satisfacción o felicidad de este o a la anticipación de este bienestar.

- Esta categoría incluye verbalizaciones del cliente que hacen referencia al estado de satisfacción o felicidad de este.
 - Cliente: “No me puedo quejar mucho, soy afortunado” (*Bienestar*)
- Un listado de contenidos que puede ayudarnos a detectar Malestar es el que se presenta a continuación:
 - Estoy a gusto.
 - Me siento bien.
 - Estoy encantada
 - Lo estoy pasando bien
 - Me alivia.
 - Me tranquiliza.
 - Estoy tranquila
 - Estoy bien
 - Estoy orgullosa
 - Siento entusiasmo
 - Me siento relajada.

Malestar

Verbalizaciones del cliente que hacen referencia al padecimiento de este debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar

- Esta categoría incluye las verbalizaciones en las que el cliente hace referencia al padecimiento que está soportando debido a sus conductas problema. También se incluyen aquellas verbalizaciones en las que se expresa con un tono quejoso. Como este último aspecto puede resultar bastante complicado de discriminar nos guiaremos comparando el tono de la verbalización susceptible de ser Malestar con el tono medio de las verbalizaciones emitidas por el cliente.
- En esta categoría también incluimos las verbalizaciones en las que el cliente anticipa su padecimiento ante algo.
- Para ayudarnos a decidir si una verbalización es, o no es, anticipación, la pondremos en tiempo presente. Si la verbalización, así conjugada, quedara dentro de la categoría Malestar la registraremos así, aunque este en futuro.
- Un listado de contenidos que puede ayudarnos a detectar Malestar es el que se presenta a continuación:
 - Estoy desesperada
 - Me siento mal.
 - Estoy al límite
 - Me altera
 - Me abrumado
 - Estoy bloqueada
 - Estoy desencantada
 - Me agobio
 - Me cuesta...
 - No disfruto
 - No estoy bien
 - Me molesta
 - Me siento culpable

Conductas Objetivo

El registro de estas conductas depende de los objetivos de cada caso.

Conductas Problema

El registro de estas conductas depende de los objetivos de cada caso.

Anexo 2: Material suplementario del Capítulo 4

Tabla A.2.1. *Tasa por minuto de las conductas del terapeuta en las sesiones clínicas*

Sesión ID	Discriminativo Clínico	Discriminativo Instruccional	Reforzador Positivo	Reforzador Negativo	OM
1	1,87	0,7	0,89	0	1,45
2	1,76	0,53	1,25	0,04	1,86
3	1,41	0,29	1,28	0,25	1,3
4	1,05	0,19	0,8	0,11	1,79
5	1,15	0,03	0,78	0,04	1,58
6	1,45	0,29	1,16	0	1,16
7	3,16	0	1,15	0,01	0,19
8	1,72	0,12	0,18	0,12	0,6
9	1,53	0,2	0,25	0,11	0,77
10	1,81	0,6	0,18	0,03	0,62
11	1,62	0,44	0,19	0,12	1,11
12	0,61	0,3	0,22	0,02	0,85
13	1,32	0,11	0,19	0,05	0,79
14	0,9	0,04	0,22	0,02	1,1
15	1,78	0,25	1,33	0,02	0,74
16	2,29	0,34	2,08	0	1,16
17	1,2	0,37	1,06	0	0,95
18	0,48	0,37	0,41	0	0,65
19	1,84	0,44	2,47	0	1,24
20	1,68	0,31	1,88	0,06	1,08
21	0,94	0,1	0,44	0	1,01
22	1,56	0,23	1,17	0	0,73
23	1,99	0,65	1,88	0	1,13
24	1,35	0,36	0,95	0	1,21
25	1,9	0,39	1,9	0	1,9
26	1,29	0,4	1,21	0	1,37
27	2,71	0,64	0,72	0,03	2,05
28	1,82	0,14	0,14	0,14	1,82
29	3,41	0,52	0,19	0,06	0,97
30	4,24	0,19	0,03	0,02	0,3
31	2,82	0	0,06	0	0,36
32	2,34	0,49	0,06	0	0,37
33	3,97	0,04	0,18	0,04	0,69
34	2,8	0,08	0,13	0,03	0,83
35	2,52	0,23	0,23	0	1,37

36	2,65	0,51	0,06	0,44	1,47
37	3,46	0,58	0,23	0,46	1,9
38	2	0,09	0,43	0,09	0,77
39	2,06	0,02	0,4	0,09	0,72
40	1,39	0,14	0,65	0,08	2,18
41	0,86	0,13	1,03	0,07	0,7
42	3,02	0,4	1,26	0,1	2,23
43	3,38	0,29	0,36	0,14	1,86
44	4,14	0,24	0,84	0,08	2
45	3,04	0,08	0,51	0,05	1,56
46	0,97	0,07	0,4	0,03	1,61
47	0,57	0,18	0,36	0	0,96
48	1,87	0	0,36	0	0,47
49	1,49	0,04	0,41	0	1,12
50	1,48	0,11	0,27	0	1,48
51	2,34	0,47	0,81	0	1,54
52	2,12	0,2	0,29	0,03	1,28
53	1,78	0,24	0,51	0	2,33
54	0,75	0,71	0,48	0,15	2,54
55	2,07	0,14	0,47	0,14	2,39
56	0,52	0,2	0,46	0,06	2
57	0,59	0,56	0,37	0,07	2,05
58	2,72	0	0,23	0,03	1,07
59	1,4	0,44	1,07	0	1,46
60	1,27	0,29	0,95	0,02	1,34
61	1,25	0,17	0,78	0,08	0,86
62	1,1	0,31	0,98	0,31	3,37
63	1,4	0,16	1,67	0,11	1,18
64	2,01	0,2	0,32	0,04	1,3
65	2,38	0	0,31	0	1,11
66	1,24	0,32	0,36	0,13	1,83

Nota: OM = operación motivadora

Tabla A.2.5.*Frecuencia de las conductas del terapeuta en las sesiones clínicas*

Sesión	Discriminativo Instruccional	Discriminativo Instruccional	Reforzador Positivo	Reforzador Negativo	OM
1	40	15	19,00	,00	31,00
2	40	12	29,00	1,00	43,00
3	78	16	71,00	14,00	72,00
4	55	10	42,00	6,00	94,00
5	86	2	59,00	3,00	119,00
6	5	1	4,00	,00	4,00
7	286	0	104,00	1,00	17,00
8	97	7	10,00	7,00	34,00
9	86	11	14,00	6,00	43,00
10	108	36	11,00	2,00	37,00
11	69	19	8,00	5,00	48,00
12	30	15	11,00	1,00	42,00
13	82	7	12,00	3,00	49,00
14	46	2	11,00	1,00	56,00
15	84	12	63,00	1,00	35,00
16	87	13	79,00	,00	44,00
17	52	16	46,00	,00	41,00
18	22	17	19,00	,00	30,00
19	75	18	102,00	,00	51,00
20	60	11	68,00	2,00	39,00
21	38	4	18,00	,00	41,00
22	54	8	40,00	,00	25,00
23	58	19	55,00	,00	33,00
24	57	15	40,00	,00	51,00
25	79	16	79,00	,00	79,00
26	16	5	15,00	,00	17,00
27	89	21	24,00	1,00	68,00
28	52	4	4,00	4,00	52,00
29	106	16	6,00	2,00	30,00

30	110	5	2,00	1,00	19,00
31	101	0	2,00	,00	13,00
32	76	16	2,00	,00	12,00
33	107	1	5,00	1,00	19,00
34	104	3	5,00	1,00	31,00
35	11	1	1,00	,00	6,00
36	126	24	3,00	21,00	70,00
37	60	10	4,00	8,00	33,00
38	88	4	19,00	4,00	34,00
39	88	1	17,00	4,00	31,00
40	49	5	23,00	3,00	77,00
41	39	6	47,00	3,00	32,00
42	30	4	13,00	1,00	23,00
43	47	4	5,00	2,00	26,00
44	102	6	21,00	2,00	50,00
45	113	3	19,00	2,00	58,00
46	29	2	12,00	1,00	49,00
47	32	10	20,00	,00	54,00
48	36	0	7,00	,00	9,00
49	36	10	10,00	,00	27,00
50	27	1	5,00	,00	27,00
51	25	2	9,00	,00	17,00
52	73	5	10,00	1,00	44,00
53	52	7	15,00	,00	68,00
54	20	7	13,00	4,00	69,00
55	43	19	10,00	3,00	51,00
56	18	3	16,00	2,00	69,00
57	16	7	10,00	2,00	56,00
58	107	0	9,00	1,00	42,00
59	32	10	25,00	,00	34,00
60	52	12	40,00	1,00	56,00
61	30	4	19,00	2,00	21,00
62	18	5	16,00	5,00	55,00
63	26	3	31,00	2,00	22,00

64	51	5	8,00	1,00	33,00
65	85	0	11,00	,00	40,00
66	58	15	17,00	6,00	86,00

Nota: OM = operación motivadora

Referencias

- Ádnanes, M., Kalseth, J., Ose, S. O., Ruud, T., Rugkåsa, J., & Puntis, S. (2018). Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. *Quality of Life Research*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2039-5>
- Agteren, J. van, Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M., & Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature Human Behaviour*, 1-22. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
- Aguayo, E., Garcia, J., & Ugalde, F. (1978). The use of operant conditioning in modifying verbal behavior in chronic psychiatric patients: A case study. *Revista Chilena de Psicología*, 1, 65-71.
- Ahearn, W., Green, G., Riordan, M., & Weatherly, N. L. (2015). Evaluating the Quality of Behavior Analytic Practitioner Training Programs. *Behavior analysis in practice*. <https://doi.org/10.1007/S40617-015-0085-9>
- Alonso-Álvarez, B., & Pérez-González, L. A. (2017). Contextual control over equivalence and nonequivalence explains apparent arbitrary applicable relational responding in accordance with sameness and opposition. *Learning & Behavior*, 45(3), 228-242. <https://doi.org/10.3758/s13420-017-0258-1>
- Alonso-Álvarez, B., & Pérez-González, L. A. (2021). Equivalence class analysis of responding consistent with the relational frame of opposition. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, online. <https://doi.org/10.1002/jeab.690>
- Alonso-Vega, J., Álvarez, A., Saiz-Galdós, J., & Frutos, G. de. (2017). *Esquizofrenia en el siglo XXI: contexto filosófico y clínico* [Comunicación Oral Invitada]. X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica, Santiago de Compostela, España.
- Alonso-Vega, J., Núñez de Prado-Gordillo, M., Lee-Pereira, G., & Froján-Parga, M. X. (2019). El tratamiento de Enfermedades Mentales Graves desde la investigación de procesos. *Conductual*, 7(1), 44-65.
- Álvarez-Iglesias, A. (2017). *Aproximación funcional al estudio de la intervención en la enfermedad mental grave y duradera*. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/679896>
- Álvarez-Iglesias, A., Alonso-Vega, J., Campo, I., & Froján-Parga, M. X. (2018). *Verbal interaction patterns in clinical contexts with severe and persistent mental illnesses diagnosed participants* [Poster]. 48th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Sofía Bulgaria.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychological Association. (2006a). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2006b). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.

- American Psychological Association. (2021). *Research-Supported Psychological Treatments* | Society of Clinical Psychology. <https://div12.org/psychological-treatments/>
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Anderson, C. M. (2007). Functional assessment with clinical populations: Current status and future directions. En P. Sturmey, *Functional Analysis in Clinical Treatment* (pp. 455-472). Academic Press.
- Araiba, S. (2020). Current Diversification of Behaviorism. *Perspectives on Behavior Science*, 43(1), 157-175. <https://doi.org/10.1007/s40614-019-00207-0>
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. En *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 261-303). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10110-007>
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1964). Reinforcement and instructions with mental patients. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7(4), 327-331. <https://doi.org/10.1901/jeab.1964.7-327>
- Ayllon, Teodoro, & Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2(4), 323-334. <https://doi.org/10.1901/jeab.1959.2-323>
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Bailey, J., & Burch, M. (2016). *Ethics for Behavior Analysts*. Routledge.
- Bakeman, R., & Quera, V. (2011). *Sequential analysis and observational methods for the behavioral sciences* (2011-24266-000). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139017343>
- Bakeman, R., & Quera, V. (2012). Behavioral observation. En H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 1: Foundations, planning, measures, and psychometrics*. (2011-23863-013; pp. 207-225). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13619-013>
- Bakeman, R., & Quera, V. (2016). *Generalized Sequential Querier (GSEQ): A program for analyzing sequential data*. (5.1.23) [Computer software]. <https://www.mangold-international.com/en/products/software/gseq>
- Barnard-Brak, L., Richman, D. M., & Watkins, L. (2020). Treatment Burst Data Points and Single Case Design Studies: A Bayesian N-of-1 Analysis for Estimating Treatment Effect Size. *Perspectives on Behavior Science*, 43(2), 285-301. <https://doi.org/10.1007/s40614-020-00258-8>
- Barnes-Holmes, D. (2000). Behavioral pragmatism: No place for reality and truth. *The Behavior Analyst*, 23(2), 191-202. <https://doi.org/10.1007/BF03392010>
- Barnes-Holmes, D., & Barnes-Holmes, Y. (2000). Explaining Complex Behavior: Two Perspectives on the Concept of Generalized Operant Classes. *The Psychological Record*, 50(2), 251-265. <https://doi.org/10.1007/BF03395355>
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & McEnteggart, C. (2020). Updating RFT (More Field than Frame) and its Implications for Process-based Therapy. *The Psychological Record*. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00372-3>

- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McEnteggart, C., Dougher, M. J., & Luciano, C. (2020). Introduction to the Special Issue on Clinical Psychology and Behavioral Science: Processes, Principles, and Analytic Strategies. *The Psychological Record*, 70(4), 541-542. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00444-9>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Baum, W. M. (2002). From Molecular to Molar: A Paradigm Shift in Behavior Analysis. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 78(1), 95-116. <https://doi.org/10.1901/jeab.2002.78-95>
- Baum, W. M. (2012). Rethinking Reinforcement: Allocation, Induction, and Contingency. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 97(1), 101-124. <https://doi.org/10.1901/jeab.2012.97-101>
- Baum, W. M. (2018). Multiscale behavior analysis and molar behaviorism: An overview. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 110(3), 302-322. <https://doi.org/10.1002/jeab.476>
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Funder, D. C. (2007). Psychology as the Science of Self-Reports and Finger Movements: Whatever Happened to Actual Behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 396-403. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00051.x>
- Beavers, G. A., Iwata, B. A., & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior: Thirty years of functional analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 1-21. <https://doi.org/10.1002/jaba.30>
- Belfiore, P. J., Kitchen, T., & Lee, D. L. (2016). Functional analysis of maladaptive behaviors: Rule as a transitive conditioned motivating operation. *Research in Developmental Disabilities*, 49-50, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.012>
- Belisle, J., Dixon, M. R., Stanley, C. R., Munoz, B., & Daar, J. H. (2016). Teaching foundational perspective-taking skills to children with autism using the PEAK-T curriculum: Single-reversal «I-You» deictic frames. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 49(4), 965-969. <https://doi.org/10.1002/jaba.324>
- Bell, M. C., & McDevitt, M. A. (2014). Conditioned Reinforcement. En *The Wiley Blackwell Handbook of Operant and Classical Conditioning* (pp. 221-248). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118468135.ch10>
- Benito, M. J. (2018). The Fine Line between Integration or Eclecticism and Syncretism in New Therapists. *Dual Diagnosis*, 5.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (2015). Functional Contextualism and Contextual Behavioral Science. En *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 37-61). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch4>
- Blakely, E., & Schlinger, H. (1987). Rules: Function-altering contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10(2), 183-187. <https://doi.org/10.1007/BF03392428>
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Balliet, W., Galloway, S., & Madan, A. (2013). Time-series statistical analysis of single-case data. En G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley, & K. A. Lattal

- (Eds.), *APA handbook of behavior analysis, Vol. 1: Methods and principles*. (2012-08734-011; pp. 251-266). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13937-011>
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT Statement to Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatment: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine, 148*(4), 295-309. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008>
- Brandow, C. L., Swarbrick, M., & Nemeč, P. B. (2020). Rethinking the causes and consequences of financial wellness for people with serious mental illnesses. *Psychiatric Services, 71*(1), 89-91. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900323>
- Brodsky, J., & Fienup, D. M. (2018). Sidman Goes to College: A Meta-Analysis of Equivalence-Based Instruction in Higher Education. *Perspectives on Behavior Science, 41*(1), 95-119. <https://doi.org/10.1007/s40614-018-0150-0>
- Burns, C. E., Heiby, E. M., & Tharp, R. G. (1983). A verbal behavior analysis of auditory hallucinations. *The Behavior Analyst, 6*(2), 133-143. <https://doi.org/10.1037/0090-5253.6.2.133>
- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Weeks, C. (2010). The functional analytic psychotherapy rating scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 40*(1), 11-19. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9122-8>
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., María Ruiz-Sancho, E., & la Cruz, I. V. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología-Mexico, 28*(2), 133.
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Alpañés-Freitag, M. (2013). Descriptive study of the Socratic method: Evidence for verbal shaping. *Behavior Therapy, 44*(4), 625-638. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.08.001>
- Calkins, M. W. (1906). A reconciliation between structural and functional psychology. *Psychological Review, 13*(2), 61-81. <https://doi.org/10.1037/h0071994>
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). FAPRS MANUAL: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today, 9*(1), 57-97. <https://doi.org/10.1037/h0100649>
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E. Jr., & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A behavioral psychotherapy coding system. *The Behavior Analyst Today, 9*(1), 98-116. <https://doi.org/10.1037/h0100648>
- Carbone, V. J. (2019). The motivational and discriminative functions of motivating operations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 112*(1), 10-14. <https://doi.org/10.1002/jeab.532>
- Carr, J. E., & Miguel, C. F. (2013). The analysis of verbal behavior and its therapeutic applications. En G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley, & K. A. Lattal (Eds.), *APA handbook of behavior analysis, Vol. 2: Translating principles into practice*. (pp. 329-352). American Psychological Association.

- Carter, M. (2013). Reconsidering Overlap-Based Measures for Quantitative Synthesis of Single-Subject Data: What They Tell Us and What They Don't. *Behavior Modification*, 37(3), 378-390. <https://doi.org/10.1177/0145445513476609>
- Casarrubea, M., Magnusson, M. S., Anguera, M. T., Jonsson, G. K., Castañer, M., Santangelo, A., Palacino, M., Aiello, S., Faulisi, F., Raso, G., Puigarnau, S., Camerino, O., Di Giovanni, G., & Crescimanno, G. (2018). T-pattern detection and analysis for the discovery of hidden features of behaviour. *Journal of Neuroscience Methods*, 310, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2018.06.013>
- Cashwell, C. S. (1994). Interpersonal Process Recall. *ERIC Digest*, 2.
- Catania, A. C. (1998). The taxonomy of verbal behavior. En K. A. Lattal & M. Perone (Eds.), *Handbook of research methods in human operant behavior*. (1998-06329-012; pp. 405-433). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1947-2_13
- Catania, A. C. (2006). *Learning* (Interim 4th Edition). Sloan Publishing.
- Catania, A. C. (2011). Basic operant contingencies: Main effects and side. En W. W. Fisher, C. C. Piazza, & H. S. Roane (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis*. (2011-22103-003; pp. 34-54). The Guilford Press.
- Catania, A. C. (2012a). Discussion: The Flight From Experimental Analysis. *European Journal of Behavior Analysis*, 13(2), 165-176. <https://doi.org/10.1080/15021149.2012.11434416>
- Catania, A. C. (2012b). The Pursuit of Experimental Analysis. *European Journal of Behavior Analysis*, 13(2), 269-280. <https://doi.org/10.1080/15021149.2012.11434440>
- Catania, A. C. (2013). A Natural Science of Behavior. *Review of General Psychology*, 17(2), 133-139. <https://doi.org/10.1037/a0033026>
- Catania, A. C., Horne, P., & Lowe, C. F. (1989). Transfer of function across members of an equivalence class. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7(1), 99-110. <https://doi.org/10.1007/BF03392841>
- Catania, A. C., & Peter, C. S. (2019). Establishing terms: A commentary on Edwards, Lotfizadeh & Poling's "Motivating operations and stimulus control". *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 112(1), 15-17. <https://doi.org/10.1002/jeab.537>
- Catania, A. C., Shimoff, E., & Matthews, B. A. (1989). An Experimental Analysis of Rule-Governed Behavior. En Steven C. Hayes (Ed.), *Rule-Governed Behavior* (pp. 119-150). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-0447-1_4
- Chambless, D. L. (1993). *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures: A Report Adopted by the Division 12 Board-October 1993: (550782009-001)* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e550782009-001>
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Authors Cooperative.
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557-569. <https://doi.org/10.1037/a0029440>

- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2014). *Applied behavior analysis* (Second edition). Pearson.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2019). *Applied behavior analysis* (Third edition). Pearson.
- Critchfield, T. S., & Reed, D. D. (2017). The Fuzzy Concept of Applied Behavior Analysis Research. *The Behavior Analyst, 40*(1), 123-159. <https://doi.org/10.1007/s40614-017-0093-x>
- Critchfield, T. S., & Rehfeldt, R. A. (2020). Engineering Emergent Learning with Nonequivalence Relations. En J. O. Cooper, T. E. Heron, & W. L. Heward, *Applied Behavior Analysis* (3th ed., pp. 497-525). Pearson Education.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- David, D., Lynn, S. J., & Montgomery, G. (Eds.). (2018). *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice* (First edition). Wiley.
- De Houwer, J., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2016). Riding the waves: A functional-cognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology, 51*(1), 40-44. <https://doi.org/10.1002/ijop.12176>
- De Pascual-Verdú, R. (2014). *Motivational Utterances in Behavior Therapy: How Do We Motivate Our Clients?* 77-86. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2014.05.10>
- De Pascual-Verdú, R., Froján-Parga, M. X., Moreno, D., & Vargas, I. (2014). *Motivational Utterances in Behavior Therapy: How Do We Motivate Our Clients?* 77-86. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2014.05.10>
- De Pascual-Verdú, R., Trujillo, C., Gálvez, E., Andrés-López, N., Castaño-Hurtado, R., & Froján-Parga, M. X. (2019). Sistema ACOVEO: una propuesta funcional para el análisis de la interacción verbal en terapia. *Conductual, 7*(2), 69-82.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Deacon, B. J., & McKay, D. (2015). The biomedical model of psychological problems: A call for critical dialogue. *the Behavior Therapist, 38*(7), 231-235.
- Diaz, J. E., Luoma, S. M., & Miguel, C. F. (2020). The role of verbal behavior in the establishment of comparative relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 113*(2), 322-339. <https://doi.org/10.1002/jeab.582>
- Dixon, M. R., Benedict, H., & Larson, T. (2001). Functional analysis and treatment of inappropriate verbal behavior. *Journal of applied behavior analysis, 34*(3), 361-363. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-361>
- Dixon, M.R., Belisle, J., Rehfeldt, R. A., & Root, W. B. (2018). Why We Are Still Not Acting to Save the World: The Upward Challenge of a Post-Skinnerian Behavior Science. *Perspectives on Behavior Science, 41*(1), 241-267. <https://doi.org/10.1007/s40614-018-0162-9>
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*. McGraw-Hill.

- Donahoe, J. W., & Palmer, D. C. (2004). *Learning and complex behavior*. Allyn & Bacon.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. En *Clinical behavior analysis* (pp. 11-25). Context Press.
- Downar, J., & Kapur, S. (2008). Biological theories. En K. T. Mueser, D. V. Jeste, K. T. Mueser (Ed), & D. V. Jeste (Ed) (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*. (pp. 25-34). Guilford Press.
- Dube, W. V. (2013). Translational research in behavior analysis. En G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley, K. A. Lattal, G. J. Madden (Ed), W. V. Dube (Ed), T. D. Hackenberg (Ed), G. P. Hanley (Ed), & K. A. Lattal (Ed) (Eds.), *APA handbook of behavior analysis, Vol. 1: Methods and principles*. (2012-08734-003; pp. 65-78). American Psychological Association.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=pzh&AN=2012-08734-003&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Dudley, L. L., Axe, J. B., Allen, R. F., & Sweeney-Kerwin, E. J. (2019). Establishing praise as a conditioned reinforcer: Pairing with one versus multiple reinforcers. *Behavioral Interventions*, 34(4), 534-552.
<https://doi.org/10.1002/bin.1690>
- Dymond, S., & Rehfeldt, R. (2000). Understanding complex behavior: The transformation of stimulus functions. *The Behavior Analyst*. <https://doi.org/10.1007/BF03392013>
- Edwards, T. L., Lotfizadeh, A. D., & Poling, A. (2019). Motivating operations and stimulus control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 112(1), 1-9. <https://doi.org/10.1002/jeab.516>
- Eilertsen, J. M., & Arntzen, E. (2020). Tailoring of Painful Stimuli Used for Exploring Transfer of Function. *The Psychological Record*, 70(2), 317-326. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00381-7>
- Eilifsen, C., & Arntzen, E. (2021). Mediated Generalization and Stimulus Equivalence. *Perspectives on Behavior Science*, 44(1), 1-27. <https://doi.org/10.1007/s40614-021-00281-3>
- Ellis, J., & Glenn, S. S. (1995). Behavior-Analytic Repertoires: Where Will They Come From and How Can They Be Maintained? *The Behavior Analyst*, 18(2), 285-292. <https://doi.org/10.1007/BF03392715>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Faloon, B. J., & Rehfeldt, R. A. (2008). The Role of Overt and Covert Self-Rules in Establishing a Daily Living Skill in Adults with Mild Developmental Disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41(3), 393-404. <https://doi.org/10.1901/jaba.2008.41-393>
- Fienup, D. M. (2019). The Future of Verbal Behavior: Integration. *The Analysis of Verbal Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s40616-018-0108-z>
- Fienup, D. M., & Brodsky, J. (2020). Equivalence-Based Instruction: Designing Instruction Using Stimulus Equivalence. En M. J. Fryling, R. A. Rehfeldt, J. Tarbox, & L. J. Hayes, *Applied Behavior Analysis of Language & Cognition* (pp. 157-173). Context Press.
- Fisher, E. B., Cameron, L. D., Christensen, A. J., Ehlert, U., Guo, Y., Oldenburg, B., & Snoek, F. J. (2018). Behavioral Medicine of the Future: From Disease to Health and Well Being, from the Individual to the Community and the Global, from Causes to Complexity. En E. B. Fisher, L. D. Cameron, A. J. Christensen, U. Ehlert, Y. Guo, B. Oldenburg, & F. J. Snoek (Eds.), *Principles and Concepts of*

- Behavioral Medicine: A Global Handbook* (pp. 1111-1119). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-93826-4_38
- Fishman, D. B., Rego, S. A., & Muller, K. L. (2011). Behavioral theories of psychotherapy. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed.). (pp. 101-140). American Psychological Association. <http://content.apa.org/books/12353-004>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodasch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, 67(6), 706-711. <https://doi.org/10.1037/cou0000424>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Follette, W., & Bonow, J. T. (2009). The challenge of understanding process in clinical behavior analysis: The case of functional analytic psychotherapy. *The Behavior analyst*. <https://doi.org/10.1007/BF03392179>
- Forte, L. A., Timmer, S., & Urquiza, A. (2014). A Brief History of Evidence-Based Practice. En S. Timmer & A. Urquiza (Eds.), *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children: Considering core components and treatment effectiveness* (pp. 13-18). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9_2
- Frances, A. (2009). Whither DSM–V? *The British Journal of Psychiatry*, 195(5), 391-392. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073932>
- Frances, A. (2013). DSM in philosophyland: Curiouser and curiouser. En J. Paris, J. Phillips, J. Paris (Ed), & J. Phillips (Ed) (Eds.), *Making the DSM-5: Concepts and controversies*. (2013-25405-007; pp. 95-103). Springer Science + Business Media; psych. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=psych&AN=2013-25405-007&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Frances, A. J., & Nardo, J. M. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), 1-2. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127647>
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (3rd edition). JHUP.
- Friedman, B., Heisel, M., & Delavan, R. (2005). Validity of the SF-36 five-item Mental Health Index for major depression in functionally impaired, community-dwelling elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(11), 1978-1985. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00469.x>
- Froján-Parga, M. X., Núñez de Prado Gordillo, M., & de Pascual Verdú, R. (2017). Cognitive techniques and language: A return to behavioral origins. *Psicothema*, 29(3), 352-357. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.305>

- Froján-Parga, M. X. (2010). Categorización de la conducta verbal del cliente durante la reestructuración cognitiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153-154).
<http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewArticle/1063>
- Froján-Parga, M. X., Depascual-verdu, R., Linares-carmona, F., Marchena-giraldez, C., & Calero-elvira, A. (2012). Improving treatment adherence: A study of therapists' instructions in clinical settings. *International Journal of Psychology*, 47. <http://insights.ovid.com/international-psychology/ijpsy/2012/01/001/improving-treatment-adherence-study-therapists/506/00011205>
- Froján-Parga, M. X., Fidalgo, M. M., & Elvira, A. C. (2007). Why do people change in therapy? A preliminary study. *Psychology in Spain*, 11, 53-60.
- Froján-Parga, M. X., Izquierdo-Alfaro, I., Galván-Domínguez, N., Ruiz-Sancho, E., & Cruz, I. V. la. (2012). Replication of an observational study of verbal behavior of the psychologist for the analysis of the therapeutic process. *International Journal of Psychology*, 47. <https://insights.ovid.com/international-psychology/ijpsy/2012/01/001/replication-observational-study-verbal-behavior/505/00011205>
- Froján-Parga, M. X., Pascual-Verdu, R. de, Calero-elvira, A., & Marchena-giraldez, C. (2012). A study of the relation between the client's utterances and the emission of motivational utterances by the therapist in clinical settings. *International Journal of Psychology*, 47. <https://insights.ovid.com/international-psychology/ijpsy/2012/01/001/study-relation-client-utterances-emission/504/00011205>
- Froján-Parga, M.X., Calero-Elvira, A., Pardo-Cebrián, R., & Núñez de Prado-Gordillo, M. (2018). Verbal Change and Cognitive Change: Conceptual and Methodological Analysis for the Study of Cognitive Restructuring Using the Socratic Dialog. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 200-221. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0019-8>
- Froján-Parga, M. X., Núñez de Prado-Gordillo, M., Álvarez-Iglesias, A., & Alonso-Vega, J. (2019). Functional Behavioral Assessment-based interventions on adults' delusions, hallucinations and disorganized speech: A single case meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103444. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103444>
- Froján-Parga, M. X. (2011). Introducción: ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22(3), 201-204. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero, A., García, A., Garzón, A., & Ruiz-Sancho, E. M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603-609.
- Froján-Parga, M. X., Montserrat, M. F., Ana, C. E., & Elena, R. S. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico. 1er. Premio de la XVII edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2010. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a5>
- Fryling, M. J. (2011). The Impact of Applied Behavior Analysis on the Science of Behavior. *Behavior and Social Issues*, 20(0), 24-31. <https://doi.org/10.5210/bsi.v20i0.3676>
- Galvan-Domínguez, N. (2014). *Verbal punishment in behavioral therapy. What does the therapist punish?* 87-97. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2014.05.11>
- Galván-Domínguez, N., Alonso-Vega, J., & Frojan-Parga, M. X. (2020). Verbal aversive control in clinical interaction. *Psicothema*, 32(2), 182-188.

- Galván-Domínguez, N., Beggio, G., Pardo-Cebrián, R., & Froján-Parga, M. X. (2014). *Verbal punishment in behavioral therapy. What does the therapist punish?* 87-97. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2014.05.11>
- Gandarela, L., Boldrin, L. S., & Debert, P. (2020). Transfer of the Avoidance Function in Equivalence Classes Using Loss of Points as the Aversive Stimulus. *The Psychological Record*, 70(3), 471-479. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00365-2>
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(2), 117-131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Ghiselin, M. T. (2018). B.F. Skinner and the Metaphysics of Darwinism. *Perspectives on Behavior Science*, 41(1), 269-281. <https://doi.org/10.1007/s40614-018-0139-8>
- Gimeno-Peón, A., Barrio Nespereira, A., Álvarez Casariego, M. T., Gimeno Peón, A., Barrio Nespereira, A., & Álvarez Casariego, M. T. (2018). Psicoterapia: Marca registrada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 131-144. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100007>
- Glenn, S. S., Ellis, J., & Greenspoon, J. (1992). On the revolutionary nature of the operant as a unit of behavioral selection. *American Psychologist*, 47(11), 1329-1336. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.11.1329>
- Glenn, S. S., Malott, M. E., Andery, M. A. P. A., Benvenuti, M., Houmanfar, R. A., Sandaker, I., Todorov, J. C., Tourinho, E. Z., & Vasconcelos, L. A. (2016). Toward Consistent Terminology in a Behaviorist Approach to Cultural Analysis. *Behavior and Social Issues*, 25(0), 11-27. <https://doi.org/10.5210/bsi.v25i0.6634>
- Gonzalez-Pando, D. (2014). *Esquizofrenia; aproximaciones terapéuticas e intervenciones psicológicas con base en el aprendizaje para el tratamiento y recuperación de los síntomas negativos*. Universidad de Oviedo.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4.
- Greenhalgh, T. (2004). Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. *BMJ*, 328(7438), 529. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7438.529>
- Greer, G. R. (2002). *Designing Teaching Strategies An Applied Behavior Analysis Systems Approach*. Academic Press.
- Greer, G. R., & Pohl, P. (2020). Identification and Establishment of Bidirectional Verbal Operants. En M. J. Fryling, R. A. Rehfeldt, J. Tarbox, & L. J. Hayes, *Applied Behavior Analysis of Language & Cognition* (pp. 55-71). Context Press.
- Greer, R. D., & Speckman, J. (2009). *The Integration of Speaker and Listener Responses: A Theory of Verbal Development*. <https://doi.org/10.1007/BF03395674>
- Greer, R. D., Pohl, P., Du, L., & Moschella, J. L. (2017). The Separate Development of Children's Listener and Speaker Behavior and the Intercept as Behavioral Metamorphosis. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 7(13), 674-704. <https://doi.org/10.4236/jbbs.2017.713045>
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.

- Gumz, A., Treese, B., Marx, C., Strauss, B., & Wendt, H. (2015). Measuring Verbal Psychotherapeutic Techniques—A Systematic Review of Intervention Characteristics and Measures. *Frontiers in Psychology, 6*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01705>
- Hanley, G. P. (2012). Functional Assessment of Problem Behavior: Dispelling Myths, Overcoming Implementation Obstacles, and Developing New Lore. *Behavior Analysis in Practice, 5*(1), 54-72. <https://doi.org/10.1007/BF03391818>
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of applied behavior analysis, 36*(2), 147-185.
- Harrison, H., Birks, M., Franklin, R., & Mills, J. (2017). Case Study Research: Foundations and Methodological Orientations. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 18*(1), Article 1. <https://doi.org/10.17169/fqs-18.1.2655>
- Harte, C., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & McEnteggart, C. (2017). Persistent rule-following in the face of reversed reinforcement contingencies: The differential impact of direct versus derived rules. *Behavior Modification, 41*(6), 743-763. <https://doi.org/10.1177/0145445517715871>
- Hartz, R. M., Luiselli, J. K., & Harper, J. M. (2020). Behavioral treatment of spitting in a child with autism spectrum disorder: Functional analysis, intervention evaluation, and maintenance assessment. *Behavioral Interventions, 35*(4), 595-603. <https://doi.org/10.1002/bin.1739>
- Hayes, L. J. (2013). Theory and philosophy: Future directions. *The Behavior Analyst, 36*(2), 373-374. <https://doi.org/10.1007/BF03392321>
- Hayes, L. J., & Fryling, M. J. (2019). Functional and descriptive contextualism. *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.002>
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., & Hayes, L. J. (1991). The transfer of specific and general consequential functions through simple and conditional equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 56*(1), 119-137. <https://doi.org/10.1901/jeab.1991.56-119>
- Hayes, S. C., Hofmann, S., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour research and therapy. https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005*
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2020). Process-based functional analysis can help behavioral science step up to novel challenges: COVID - 19 as an example. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, Steven C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry, 16*(3), 245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018a). Future directions in CBT and Evidence-based therapy. En Steven C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-Based CBT* (Context Press).

- Hayes, S.C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018b). *Process Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Context Press.
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M. R., Fung, K. P.-L., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, C., & McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172-183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.007>
- Hedges, L. V., Pustejovsky, J. E., & Shadish, W. R. (2013). A standardized mean difference effect size for multiple baseline designs across individuals: Effect size for multiple baseline designs. *Research Synthesis Methods*, 4(4), 324-341. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1086>
- Henley, A. J., Hirst, J. M., DiGennaro Reed, F. D., Becirevic, A., & Reed, D. D. (2017). Function-altering effects of rule phrasing in the modulation of instructional control. *Analysis of Verbal Behavior*, 33(1), 24-40. <https://doi.org/10.1007/s40616-016-0063-5>
- Holth, P. (2010). A Research Pioneer's Wisdom: An Interview with Dr. Murray Sidman. *European Journal of Behavior Analysis*, 11(2), 181-198. <https://doi.org/10.1080/15021149.2010.11434342>
- Horne, P. J., & Lowe, C. F. (1997). Toward a Theory of Verbal Behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 68(2), 271-296. <https://doi.org/10.1901/jeab.1997.68-271>
- Horvath, A. O. (2016). Emerging trends in psychotherapy process research / Tendencias emergentes en la investigación del proceso psicoterapéutico. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 226-259. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1189208>
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy. *American Psychologist*, 6.
- Hughes, S. (2018). The philosophy of science as it applies to clinical psychology. En Steven C. Hayes & S. G. Hofmann, *Process Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 23-43). Context Press.
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome—Alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 52, 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.001>
- Hurl, K., Wightman, J., Haynes, S. N., & Virues-Ortega, J. (2016). Does a pre-intervention functional assessment increase intervention effectiveness? A meta-analysis of within-subject interrupted time-series studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 71-84. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.003>
- Hussey, I., & Hughes, S. (2020). Hidden Invalidity Among 15 Commonly Used Measures in Social and Personality Psychology. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 3(2), 166-184. <https://doi.org/10.1177/2515245919882903>
- Hyman, S. E. (2010). The Diagnosis of Mental Disorders: The problem Of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Iannaccone, J. A., Hagopian, L. P., Javed, N., Borrero, J. C., & Zarcone, J. R. (2020). Rules and Statements of Reinforcer Loss in Differential Reinforcement of Other Behavior. *Behavior Analysis in Practice*, 13(1), 81-89. <https://doi.org/10.1007/s40617-019-00352-7>

- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Ivers, N. N., Rogers, J. L., Borders, L. D., & Turner, A. (2017). Using interpersonal process recall in clinical supervision to enhance supervisees' multicultural awareness. *The Clinical Supervisor*, 36(2), 282-303. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1320253>
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503300802688494>
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197-209. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-197>
- Johansson, R. (2007). On Case Study Methodology. *Open House International*, 32(3), 48-54. <https://doi.org/10.1108/OHI-03-2007-B0006>
- Johnson, C., Iversen, I., Kenyon, P., Holth, P., & Souza, D. G. de. (2020). Murray Sidman: A life of giving. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53(3), 1290-1298. <https://doi.org/10.1002/jaba.718>
- Kagan, N., Krathwohl, D. R., & Miller, R. (1963). Stimulated recall in therapy using video tape: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 237-243. <https://doi.org/10.1037/h0045497>
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The Nature of Clinical Depression: Symptoms, Syndromes, and Behavior Analysis. *Behavior Analyst*, 31(1), 1-21.
- Kantor, J. R., & Smith, N. W. (2015). *La ciencia de la psicología. Un estudio interconductual*. (Primera Edición en Castellano). Universidad de Guadalajara.
- Kaplan, B. J., Giesbrecht, G., Shannon, S., & McLeod, K. (2011). Evaluating treatments in health care: The instability of a one-legged stool. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 65. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-65>
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13-23. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.13>
- Kapur, S., Mizrahi, R., & Li, M. (2005). From dopamine to salience to psychosis—Linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophrenia Research*, 79(1), 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.01.003>
- Kazdin, A. E. (2006). Mechanisms of Change in Psychotherapy: Advances, Breakthroughs, and Cutting-Edge Research (Do Not Yet Exist). En *Strengthening research methodology: Psychological measurement and evaluation*. (2005-16601-005; pp. 77-101). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11384-005>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>

- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kazdin, A. E. (2016). Single-case experimental research designs. En A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research., 4th ed.* (2015-32022-029; pp. 459-483). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14805-029>
- Keller, F. S. (1981). Charles Bohris Ferster (1922-1981): An appreciation. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36(3), 299-301. <https://doi.org/10.1901/jeab.1981.36-299>
- Killeen, P. R. (2001). The Four Causes of Behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10(4), 136-140. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00134>
- Killeen, P. R. (2019). Inventing the wheel. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 112(1), 18-20. <https://doi.org/10.1002/jeab.529>
- Killeen, P. R. (2021). Moles and Molecules. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(2), 584-595. <https://doi.org/10.1002/jeab.667>
- King, C. (2006). They diagnosed me a schizophrenic when I was just a Gemini. «The other side of madness». En M. C. Chung, B. Fulford, & G. Graham (Eds.), *Reconceiving Schizophrenia*. Oxford University Press.
- Knuuttila, S., & Sihvola, J. (2014). *Sourcebook for the History of the Philosophy of Mind Philosophical Psychology from Plato to Kant*.
- Kohlenberg, K., Tsai, & Dougher. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst, The Behavior Analyst*, 16, 16(2, 2), 271, 271-282.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991a). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. Springer US. [//www.springer.com/gp/book/9780306438578](http://www.springer.com/gp/book/9780306438578)
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991b). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16(2), 271-282.
- Konstantopoulos, S. (2011). Fixed effects and variance components estimation in three-level meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 2(1), 61-76. <https://doi.org/10.1002/jrsm.35>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010a). Single-case designs technical documentation. *What works clearinghouse*.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010b). Single-case designs technical documentation. *What works clearinghouse*.
- Kuntz, E. M., Santos, A. V., & Kennedy, C. H. (2020). Functional analysis and intervention of perseverative speech in students with high-functioning autism and related neurodevelopmental disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53(4), 2421-2428. <https://doi.org/10.1002/jaba.669>

- La Roche, M. J., & Christopher, M. S. (2009). Changing paradigms from empirically supported treatment to evidence-based practice: A cultural perspective. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(4), 396-402. <https://doi.org/10.1037/a0015240>
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>
- Laraway, S., & Snycerski, S. (2019). MOs can evoke behavior and CMOs remain useful: Commentary on Edwards, Lotfizadeh, and Poling (2019). *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 112*(1), 21-26. <https://doi.org/10.1002/jeab.541>
- Laraway, S., Snycerski, S., Olson, R., Becker, B., & Poling, A. (2014). The Motivating Operations Concept: Current Status and Critical Response. *The Psychological Record, 64*(3), 601-623. <https://doi.org/10.1007/s40732-014-0080-5>
- Larsen, D., Flesaker, K., & Stege, R. (2008). Qualitative Interviewing Using Interpersonal Process Recall: Investigating Internal Experiences during Professional-Client Conversations. *International Journal of Qualitative Methods, 7*(1), 18-37. <https://doi.org/10.1177/160940690800700102>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lemos-Giraldez, S. (2010). La clasificación en psicopatología. En S. Lemos-Giraldez (Ed.), *Psicopatología General*. Editorial Síntesis.
- Levitt, E. E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 21*(3), 189-196. <https://doi.org/10.1037/h0039957>
- Lindsley, O. R. (1956). Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Research Reports, 5*, 118-139.
- Lindsley, O. R. (1963). Direct measurement and functional definition of vocal hallucinatory symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease, 136*(3), 293-297. <https://doi.org/10.1097/00005053-196303000-00013>
- Lizarazo, N., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M., & Kanter, J. (2015). *A Within-Subjects Evaluation of the Effects of Functional Analytic Psychotherapy on In-Session and Out-of-Session Client Behavior*. <https://doi.org/10.1007/S40732-015-0122-7>
- Llewelyn, S., Macdonald, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2016). Process–outcome studies. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & B. O. Olatunji (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Theory and research (Vol. 2)*. (pp. 451-463). American Psychological Association. <http://content.apa.org/books/14773-020>
- Lovaas, O. I. (1964). Cue properties of words: The control of operant responding by rate and content of verbal operants. *Child Development, 35*(1), 245-256. psych.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «everyone has won and all must have prizes»? *Archives of General Psychiatry, 32*(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>

- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 6*.
- Mace, F. C. (2018). Tony Nevin: The embrace of translational work by a basic scientist. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 109*(1), 56-65. <https://doi.org/10.1002/jeab.297>
- Mace, F. C., & Critchfield, T. S. (2010). Translational Research in Behavior Analysis: Historical Traditions and Imperative for the Future. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 93*(3), 293-312. <https://doi.org/10.1901/jeab.2010.93-293>
- Maciá, D., Méndez, F. X., & Olivares, J. (1993). *Técnicas de Intervención y Tratamiento Psicológico*. Promolibro.
- Madden, G. J., Hanley, G. P., & Dougher, M. J. (2016). Clinical behavior analysis. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & M. M. Domenech Rodríguez (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Roots and branches., Vol. 1*. (2015-25524-018; pp. 351-368). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14772-018>
- Manolov, R., Moeyaert, M., & Fingerhut, J. E. (2021). A Priori Justification for Effect Measures in Single-Case Experimental Designs. *Perspectives on Behavior Science*. <https://doi.org/10.1007/s40614-021-00282-2>
- Marchena-Giráldez, C., Calero Elvira, A., & Galván Domínguez, N. (2013a). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud, 24*(2), 55-65. <https://doi.org/10.5093/cl2013a7>
- Marchena-Giráldez, C., Calero Elvira, A., & Galván Domínguez, N. (2013b). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud, 24*(2), 55-65. <https://doi.org/10.5093/cl2013a7>
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action* (2001-06573-000). W W Norton & Co.
- Mazur, J. E. (2006). Mathematical Models and the Experimental Analysis of Behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 85*(2), 275-291. <https://doi.org/10.1901/jeab.2006.65-05>
- McIlvane, W. J. (2018). Stimulus Control. En Steven C Hayes & S. G. Hofmann, *Process-Based CBT* (Oakland, CA, pp. 211-222). Context Press.
- McLeod, B. D., Islam, N., & Wheat, E. (2013). Designing, conducting, and evaluating therapy process research. En J. S. Comer, P. C. Kendall, J. S. Comer (Ed), & P. C. Kendall (Ed) (Eds.), *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology*. (2013-01007-009; pp. 142-164). Oxford University Press.
- McLeod, J. (2013). *Increasing the Rigor of Case Study Evidence in Therapy Research*. <https://doi.org/10.14713/PCSP.V9I4.1832>
- Michael, J., Palmer, D. C., & Sundberg, M. (2011). The Multiple Control of Verbal Behavior. *The Analysis of verbal behavior*. <https://doi.org/10.1007/BF03393089>
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst, 16*(2), 191-206.
- Miguel, C. F. (2018). Problem-solving, bidirectional naming, and the development of verbal repertoires. *Behavior Analysis: Research and Practice, 18*(4), 340-353. <https://doi.org/10.1037/bar0000110>

- Miller, J. R., Hirst, J. M., Kaplan, B. A., Reed, F. D. D., & Reed, D. D. (2015). Erratum to: Effects of mands on instructional control: A laboratory simulation. *The Analysis of Verbal Behavior*, 31(2), 278-279. <https://doi.org/10.1007/s40616-015-0045-z>
- Miltenberger, R. G. (2015). *Behavior Modification: Principles and Procedures* (6th edition). Cengage Learning.
- Molenaar, P. C. M., & Goode, T. (2013). New methods for sequential behavior analysis. En G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley, & K. A. Lattal (Eds.), *APA handbook of behavior analysis, Vol. 1: Methods and principles*. (2012-08734-012; pp. 267-280). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13937-012>
- Montaño-Fidalgo, M., Ruiz, E. M., Calero-Elvira, A., & Froján-Parga, M. X. (2015). Studying the Therapeutic Process by Observing Clinicians' In-Session Behaviour. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 533-545. <https://doi.org/10.1002/cpp.1908>
- Montserrat, M.-F., Froján-Parga, M. X. Elena María, R.-S., & Francisco Javier, V.-O. (2011). El Proceso Terapéutico «Momento a Momento» desde una Perspectiva Analítico-Funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101-119. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a2>
- Moore, J. (2013). Methodological behaviorism from the standpoint of a radical behaviorist. *The Behavior Analyst*, 36(2), 197-208. <https://doi.org/10.1007/BF03392306>
- Moore, J. (2015). Pragmatism, mathematical models, and the scientific ideal of prediction and control. *Behavioural Processes*, 114, 2-13. <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2015.01.007>
- Moore, J., & Cooper, J. (2003). Some proposed relations among the domains of behavior analysis. *The Behavior analyst*, 26(1), 69-84. <https://doi.org/10.1007/BF03392068>
- Moore, J., & Shook, G. (2001). Certification, accreditation, and quality control in behavior analysis. *The Behavior analyst*. <https://doi.org/10.1007/BF03392018>
- Moore, J. (1990). A Special Section Commemorating the 30th Anniversary of Tactics of Scientific Research: Evaluating Experimental Data in Psychology by Murray Sidman. *The Behavior Analyst*, 13(2), 159-161. <https://doi.org/10.1007/BF03392531>
- Muthukrishna, M., Bell, A. V., Henrich, J., Curtin, C. M., Gedranovich, A., McInerney, J., & Thue, B. (2020). Beyond Western, Educated, Industrial, Rich, and Democratic (WEIRD) Psychology: Measuring and Mapping Scales of Cultural and Psychological Distance. *Psychological Science*, 31(6), 678-701. <https://doi.org/10.1177/0956797620916782>
- NICE. (2021a). *Evidence and best practice resources* [CorporatePage]. NICE; NICE. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/evidence-services/evidence-search/evidence-search-content>
- NICE. (2021b). *Psychological therapy | Information for the public | Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management | Guidance | NICE*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/ifp/chapter/psychological-therapy>
- NIMH. (2018a). *NIMH » Bipolar Disorder*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>
- NIMH. (2018b). *NIMH » Borderline Personality Disorder*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder/index.shtml>

- NIMH. (2018c). *NIMH » Depression*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- NIMH. (2018d). *NIMH » Mental Illness*. Mental Illness. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
- NIMH. (2018e). *NIMH » Personality Disorders*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/personality-disorders.shtml>
- NIMH. (2018f). *NIMH » Schizophrenia*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
- Oah, S., & Dickinson, A. M. (1989). A review of empirical studies of verbal behavior. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7(1), 53-68. <https://doi.org/10.1007/BF03392837>
- Odom, S. L., Barton, E. E., Reichow, B., Swaminathan, H., & Pustejovsky, J. E. (2018). Between-case standardized effect size analysis of single case designs: Examination of the two methods. *Research in Developmental Disabilities*, 79, 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.05.009>
- O'Donohue, W., & Kitchener, R. (1998). *Handbook of Behaviorism*. Elsevier.
- Orlinsky, D. E. (2009). The «Generic Model of Psychotherapy» after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339. <https://doi.org/10.1037/a0017973>
- Palmer, D. C. (2004). Data in Search of a Principle: A Review of Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 81(2), 189-204. <https://doi.org/10.1901/jeab.2004.81-189>
- Palmer, D. C. (2012). Analytical Tools in the Interpretation of Verbal Behavior. *European Journal of Behavior Analysis*, 13(2), 235-237. <https://doi.org/10.1080/15021149.2012.11434431>
- Palmer, D. C. (2014). Verbal behavior. En F. K. McSweeney & E. S. Murphy (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of operant and classical conditioning*. (2013-05243-016; pp. 369-391). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118468135.ch15>
- Palmer, D. C. (2016). On Intraverbal Control and the Definition of the Intraverbal. *The Analysis of Verbal Behavior*, 32(2), 96-106. <https://doi.org/10.1007/s40616-016-0061-7>
- Palmer, F. M. (1971). Process Research — Who Should Do It? Where Should It Be Done? *Research Management*, 14(4), 67-74. <https://doi.org/10.1080/00345334.1971.11756078>
- Panda, S. C. (2006). Medicine: Science or Art? *Mens Sana Monographs*, 4(1), 127-138. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.27610>
- Pardo-Cebrián, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: Análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/689733>
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Pattern Vision. (2021). *ThemeEdu* (Versión 6) [Computer software]. Pattern Vision. <http://patternvision.com/>
- Paulik, G., Thomas, N., Glasshouse, E., & Hayward, M. (2020). Being a scientist-practitioner in the field of psychosis: Experiences from voices clinics. En J. C. Badcock & G. Paulik (Eds.), *A clinical*

- introduction to psychosis: Foundations for clinical psychologists and neuropsychologists.* (2020-14360-026; pp. 615-635). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815012-2.00026-2>
- Pavlov, I. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex.* Oxford Univ. Press.
- Peräkylä, A. (2004a). Two traditions of interaction research. *British Journal of Social Psychology*, 43(1), 1-20. <https://doi.org/10.1348/014466604322915953>
- Peräkylä, A. (2004b). Making Links in Psychoanalytic Interpretations: A Conversation Analytical Perspective. *Psychotherapy Research*, 14, 289-307. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph026>
- Pérez, M. (2009). The four causes of behavior: Aristotle and Skinner. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 45-57.
- Pérez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna.* Ediciones Pirámide.
- Pérez, M. (2018). *Filosofía de la ciencia aplicada a la psicología clínica* [Comunicación oral]. Especialista en Terapias Contextuales, Almería, España. <https://www.youtube.com/watch?v=q293QD7W50s>
- Pérez-González, L. A., & Martínez, H. (2007). Control by Contextual Stimuli in Novel Second-Order Conditional Discriminations. *The Psychological Record*, 57(1), 117-143.
- Pérez-González, L. A., & Serna, R. W. (2003). Transfer of Specific Contextual Functions to Novel Conditional Discriminations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 79(3), 395-408. <https://doi.org/10.1901/jeab.2003.79-395>
- Petursdottir, A. I. (2018). The current status of the experimental analysis of verbal behavior. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 18(2), 151-168. <https://doi.org/10.1037/bar0000109>
- Petursdottir, A. I. (2019). Downstream effects of redefining MOs: Commentary on Edwards et al. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 112(1), 37-40. <https://doi.org/10.1002/jeab.530>
- Pilgrim, C. (2018). Some Thoughts on Shaping Future Behavior Analysts: A Call to Stay True to Our Roots. *Behavior Analysis in Practice*, 11(3), 204-205. <https://doi.org/10.1007/s40617-018-0233-0>
- Pilgrim, C. (2019). Of MOs and SDs, and what exactly is a «repertoire,» anyway? *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 112(1), 41-43. <https://doi.org/10.1002/jeab.534>
- Pilgrim, C. (2020). Equivalence-based Instruction. En J. O. Cooper, T. E. Heron, & W. L. Heward, *Applied Behavior Analysis* (3th ed., pp. 452-494). Pearson Education.
- Pohl, P., Greer, D. R., Du, L., & Lee Moschella, J. (2020). Verbal Development, Behavioral Metamorphosis, and the Evolution of Language. *Perspectives on Behavior Science*, 43(1), 215-232. <https://doi.org/10.1007/s40614-018-00180-0>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., & Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 191-218. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.013>

- Pustejovsky, J. E. (2015). Measurement-comparable effect sizes for single-case studies of free-operant behavior. *Psychological Methods, 20*(3), 342-359. <https://doi.org/10.1037/met0000019>
- Pustejovsky, J. E. (2018). *SingleCaseES: A calculator for single-case effect size indices* [HTML]. <https://github.com/jepusto/SingleCaseES> (Original work published 2016)
- Pustejovsky, J. E. (2018a). Using response ratios for meta-analyzing single-case designs with behavioral outcomes. *Journal of School Psychology, 68*, 99-112. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.02.003>
- Pustejovsky, J. E. (2018b). Using response ratios for meta-analyzing single-case designs with behavioral outcomes. *Journal of School Psychology, 68*, 99-112. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.02.003>
- Rachlin, H., Green, L., Vanderveldt, A., & Fisher, E. B. (2018). Behavioral Medicine's Roots in Behaviorism: Concepts and Applications. En E. B. Fisher, L. D. Cameron, A. J. Christensen, U. Ehlert, Y. Guo, B. Oldenburg, & F. J. Snoek (Eds.), *Principles and Concepts of Behavioral Medicine: A Global Handbook* (pp. 241-275). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-93826-4_9
- Ranganathan, P., Pramesh, C. S., & Buyse, M. (2015). Common pitfalls in statistical analysis: Clinical versus statistical significance. *Perspectives in Clinical Research, 6*(3), 169. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.159943>
- Rehfeldt, R. A. (2019). On the role of context in the analysis of MOs: The search for Occam's razor. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 112*(1), 44-46. <https://doi.org/10.1002/jeab.535>
- Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (A/HRC/35/21; Human Rights Council). (2017). United Nations.
- Rhodes, P. (2012). Why clinical psychology needs process research: An examination of four methodologies. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 17*(4), 495-504. <https://doi.org/10.1177/1359104511421113>
- Rodríguez-Morejón, A., Zamanillo, A., Iglesias, G., Moreno-Gámez, A., Navas-Campaña, D., Moreno-Peral, P., & Rodríguez-Arias, J. L. (2018). Development of the therapeutic language coding system (SICOLENTE): Reliability and construct validity. *PLoS ONE, 13*(12), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209751>
- Rosales-Ruiz, J., & Baer, D. M. (1997). Behavioral Cusps: A Developmental and Pragmatic Concept for Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 30*(3), 533-544. <https://doi.org/10.1901/jaba.1997.30-533>
- Rosenfarb, I. S. (2013). A functional analysis of schizophrenia. *The Psychological Record, 63*(4), 929.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- RStudio Team. (2020). *RStudio: Integrated Development for R*. (1.1.463) [Computer software]. RStudio, PBC. <http://www.rstudio.com/>
- Ruggiero, G. M., Spada, M. M., Caselli, G., & Sassaroli, S. (2018). A Historical and Theoretical Review of Cognitive Behavioral Therapies: From Structural Self-Knowledge to Functional Processes. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 15*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0292-8>
- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M. X., & Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. *Psicothema, 27*(2), 99-107.

- Saini, V., Fisher, W. W., Retzlaff, B. J., & Keevy, M. (2020). Efficiency in functional analysis of problem behavior: A quantitative and qualitative review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 53*(1), 44-66. <https://doi.org/10.1002/jaba.583>
- Sarto-Jackson, I. (2018). Time for a Change: Topical Amendments to the Medical Model of Disease. *Biological Theory, 13*(1), 29-38. <https://doi.org/10.1007/s13752-017-0289-z>
- Saunders, K. (2010). Stimulus control is an inference: Implications for instructional programming. *Behavior and Philosophy, 38*, 153-155.
- Schenk, M., & Miltenberger, R. (2019). A review of behavioral interventions to enhance sports performance. *Behavioral Interventions, 34*(2), 248-279. <https://doi.org/10.1002/bin.1659>
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E., & Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behaviour therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology, 28*(3), 213-226. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1989.tb01371.x>
- Schlinger, H., & Blakely, E. (1987a). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst, 10*(1), 41-45. <https://doi.org/10.1007/BF03392405>
- Schlinger, H., & Blakely, E. (1987b). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst, 10*(1), 41-45.
- Schlinger, H. (1990). A reply to behavior analysts writing about rules and rule-governed behavior. *The Analysis of Verbal Behavior, 8*(1), 77-82. <https://doi.org/10.1007/BF03392849>
- Schlinger, H., & Blakely, E. (1994). A Descriptive Taxonomy of Environmental Operations and Its Implications For Behavior Analysis. *The Behavior Analyst, 17*(1), 43-57. <https://doi.org/10.1007/BF03392652>
- Scott, T. M., & Cooper, J. T. (2017). Functional Behavior Assessment and Function-Based Intervention Planning: Considering the Simple Logic of the Process. *Beyond Behavior, 26*(3), 101-104. <https://doi.org/10.1177/1074295617716113>
- Shadish, W. R., Hedges, L. V., Pustejovsky, J. E., Rindskopf, D. M., Boyajian, J. G., & Sullivan, K. J. (2014). Analyzing single-case designs: D, G, hierarchical models, Bayesian estimators, generalized additive models, and the hopes and fears of researchers about analyses. En W. R. Shadish, L. V. Hedges, T. R. Kratochwill, & J. R. Levin (Eds.), *Single-case intervention research: Methodological and statistical advances*. (2013-42865-009; pp. 247-281). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14376-009>
- Sher, K. (2016). *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199381708.001.0001>
- Shimp, C. P. (2020). Molecular (moment-to-moment) and molar (aggregate) analyses of behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 114*(3), 394-429. <https://doi.org/10.1002/jeab.626>
- Sidman, M. (1960). *Tactics of Scientific Research: Evaluating Experimental Data in Psychology*. Basic Books.
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research, 14*(1), 5-13. <https://doi.org/10.1044/jshr.1401.05>

- Sidman, M. (1992). Equivalence relations: Some basic considerations. En Steven C. Hayes, L. J. Hayes, S. C. Hayes (Ed), & L. J. Hayes (Ed) (Eds.), *Understanding verbal relations*. (1993-99163-001; pp. 15-27). Context Press.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence Relations and Behavior: A Research Story*. Authors Cooperative.
- Sidman, M. (2009). Equivalence Relations and Behavior: An Introductory Tutorial. *The Analysis of Verbal Behavior*, 25(1), 5-17. <https://doi.org/10.1007/BF03393066>
- Signer, S., Estermann Jansen, R., Sachse, R., Caspar, F., & Kramer, U. (2020). Social interaction patterns, therapist responsiveness, and outcome in treatments for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(4), 705-722. <https://doi.org/10.1111/papt.12254>
- Sigurðardóttir, Z. G., Mackay, H. A., & Green, G. (2012). Stimulus Equivalence, Generalization, and Contextual Stimulus Control in Verbal Classes. *The Analysis of Verbal Behavior*, 28(1), 3-29. <https://doi.org/10.1007/BF03393105>
- Singh, R. S., & O'Brien, W. H. (2018). A quantitative synthesis of functional analytic psychotherapy single-subject research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 35-46. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.11.004>
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton-Century.
- Skinner, B. F. (1948). *Verbal behavior: A psychological analysis* (The William James Lectures). Harvard University.
- Skinner, B. F. (1953). *Science And Human Behavior*. Simon and Schuster.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior* (2006-20887-000). Appleton-Century-Crofts. <https://doi.org/10.1037/11256-000>
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Vintage Books.
- Skinner, B. F. (1981). Charles B. Ferster—A personal memoir. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 35(3), 259-261. <https://doi.org/10.1901/jeab.1981.35-259>
- Skinner, B. F. (1990). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. B. F. Skinner Foundation.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Knopf/Random House.
- Spitzer, M., & Maher, B. A. (Eds.). (1990). *Philosophy and Psychopathology*. Springer.
- Staddon, J. E. R. (2001). *Adaptive Dynamics: The Theoretical Analysis of Behavior*. The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/1092.001.0001>
- Steadmad, H., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.6.761>
- Steever, E. E. (1999). The integration of psychodynamic and behavior therapies revisited: Approaching rapprochement? Implications for theory and practice. *Journal of Mental Health*, 8(6), 583-596. <https://doi.org/10.1080/09638239917058>
- Stewart, A. J., & Plotkin, J. B. (2021). The natural selection of good science. *Nature Human Behaviour*. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01111-x>

- Sturmeý, P. (2007). *Functional Analysis in Clinical Treatment* (1st edition). Academic Press.
- Sturmeý, P. (2020). *Functional Analysis in Clinical Treatment* (2nd edition). Academic Press.
- Sun, L., Getz, M., Daboul, S., Jay, M., Sherman, S., Rogers, E., Aujero, N., Rosedale, M., Goetz, R. R., Weissman, J., Malaspina, D., & Ahmad, S. (2018). Independence of diabetes and obesity in adults with serious mental illness: Findings from a large urban public hospital. *Journal of Psychiatric Research, 99*, 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.005>
- Sundberg, M. L. (2016). Verbal Stimulus Control and the Intraverbal Relation. *The Analysis of Verbal Behavior, 32*(2), 107-124. <https://doi.org/10.1007/s40616-016-0065-3>
- Sundberg, M. L. (2017). Recollections of Jack Michael and the Application of Skinner's Analysis of Verbal Behavior. *The Analysis of Verbal Behavior, 33*(2), 260-268. <https://doi.org/10.1007/s40616-017-0088-4>
- Sundberg, M. L. (2020). Verbal Behavior. En J. O. Cooper, T. E. Heron, & W. L. Heward, *Applied Behavior Analysis* (3th ed., pp. 412-446). Pearson Education.
- Tarlow, K. R. (2017). An Improved Rank Correlation Effect Size Statistic for Single-Case Designs: Baseline Corrected Tau. *Behavior Modification, 41*(4), 427-467. <https://doi.org/10.1177/0145445516676750>
- Thorn, B. (2007). Evidence-based practice in psychology. *Journal of clinical psychology, 63*(7), 607-609. <https://doi.org/10.1002/JCLP.20384>
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(4), 317-338. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12122>
- Tonneau, F. (2004). Verbal understanding and Pavlovian processes. *The Behavior Analyst Today, 5*(2), 158-169. <https://doi.org/10.1037/h0100029>
- Tonneau, F., & González, C. (2004). Function Transfer in Human Operant Experiments: The Role of Stimulus Pairings. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 81*(3), 239-255. <https://doi.org/10.1901/jeab.2004.81-239>
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspectives on Psychological Science, 13*(1), 36-61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- Vatne, S., & Bjørkly, S. (2008). Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies: A meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. *Clinical Psychology Review, 28*(5), 869-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.001>
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting Meta-Analyses in R with the metafor Package. *Journal of Statistical Software, 36*. <https://doi.org/10.18637/jss.v036.i03>
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., Kanter, J. W., & Callaghan, G. M. (2015). The use of analytic interventions in Functional Analytic Psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice, 15*(1), 1-19. <https://doi.org/10.1037/h0101065>

- Virués-Ortega, J., Descalzo Quero, A., & Venceslá Martínez, J. F. (2003). Aspectos funcionales de la psicoterapia analítico funcional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 88, 49-69.
- Virués-Ortega, J., & Froján-Parga, M. X. (2015). A translational approach to the functional analysis of language in psychotherapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.001>
- Walker, E., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A neural diathesis-stress model. *Psychological Review*, 104(4), 667-685.
- Walker, Elaine, Mittal, V., & Tessner, K. (2008). Stress and the hypothalamic pituitary adrenal axis in the developmental course of schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 189-216. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141248>
- Wallace, E. R., & Gach, J. (Eds.). (2008). *History of psychiatry and medical psychology: With an epilogue on psychiatry and the mind-body relation*. Springer.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. (2017). How to Use Research to Become More Effective Therapists. En T. Tilden & B. E. Wampold (Eds.), *Routine Outcome Monitoring in Couple and Family Therapy: The Empirically Informed Therapist* (pp. 245-260). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-50675-3_14
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (Second edition). Routledge.
- Wass, R., & Moskal, A. C. M. (2017). What can Interpersonal Process Recall (IPR) offer academic development? *International Journal for Academic Development*, 22(4), 293-306. <https://doi.org/10.1080/1360144X.2017.1340295>
- Wasserman, T., & Wasserman, L. D. (2017). Eclecticism Redefined. En T. Wasserman & L. D. Wasserman, *Neurocognitive Learning Therapy: Theory and Practice* (pp. 39-46). Springer International Publishing.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177. <https://doi.org/10.1037/h0074428>
- Weigel, A., Maehder, K., Witt, M., & Löwe, B. (2020). Psychotherapists' perspective on the treatment of patients with somatic symptom disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 138. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110228>
- WHO. (2017). Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives. *World Health Organization, WHO/MSD/MER/17.7*. <http://docplayer.net/102401257-Policy-brief-helping-people-with-severe-mental-disorders-live-longer-and-healthier-lives.html>
- WHO. (2018a). *ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- WHO. (2018b). *The International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- WHO. (2018c). *WHO | Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- WHO. (2018d). *WHO | Mental disorders*. WHO. http://www.who.int/mental_health/management/en/
- WHO. (2018e). *WHO | Schizophrenia*. WHO. https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Wilder, D. A., Masuda, A., O'Connor, C., & Baham, M. (2001). Brief functional analysis and treatment of bizarre vocalizations in an adult with schizophrenia. *Journal of applied behavior analysis*, 34(1), 65-68. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-65>
- Wilder, D. A., White, H., & Yu, M. L. (2003). Functional analysis and treatment of bizarre vocalizations exhibited by an adult with schizophrenia: A replication and extension. *Behavioral Interventions*, 18(1), 43-52. <https://doi.org/10.1002/bin.128>
- Wilder, D.A., Wong, S. E., Hodges, A. C., & Ertel, H. M. (2020). Schizophrenia and other psychotic disorders. En *Functional Analysis in Clinical Treatment* (pp. 315-338). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805469-7.00014-0>
- Wong, S. E. (2014). A Critique of the Diagnostic Construct Schizophrenia. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 132-141. <https://doi.org/10.1177/1049731513505152>
- Wong, S. E., Wilder, D. A., Schock, K., & Clay, C. (2004). Behavioral Interventions for Severe and Persistent Mental Disorders. En H. E. Briggs, T. L. Rzepnicki, H. E. Briggs (Ed), & T. L. Rzepnicki (Ed) (Eds.), *Using evidence in social work practice: Behavioral perspectives*. (2004-21684-014; pp. 210-230). Lyceum Books.
- Woodworth, R. S. (1948). Functional and structural psychology. En *Contemporary schools of psychology*. (2005-06676-002; pp. 11-36). Ronald Press Company. <https://doi.org/10.1037/10801-002>
- Woolley, S. R., Butler, M. H., & Wampler, K. S. (2000). Unraveling Change in Therapy: Three Different Process Research Methodologies. *The American Journal of Family Therapy*, 28(4), 311-327. <https://doi.org/10.1080/019261800437883>
- Wymer, S. C., Tarbox, J., Beavers, G. A., & Tullis, C. A. (2016). Teaching children with autism to follow rules specifying a behavior and consequence. *Analysis of Verbal Behavior*, 32(2), 265-274. <https://doi.org/10.1007/s40616-016-0059-1>
- Yates, C. (2013). Evidence-Based Practice. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 4(1), 41-54. <https://doi.org/10.1177/2150137812472193>
- Yoon, S. (2019). *Comparison of Bidirectional Verbal Operants between People, Bidirectional Self-Talk, and Bidirectional Naming* [Columbia University]. <https://doi.org/10.7916/d8-aw7y-dg84>
- Zettle, R. D. (2020). Treatment Manuals, Single-Subject Designs, and Evidence-Based Practice: A Clinical Behavior Analytic Perspective. *The Psychological Record*, 70(4), 649-658. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00394-2>
- Zimmerman, K. N., Ledford, J. R., Severini, K. E., Pustejovsky, J. E., Barton, E. E., & Lloyd, B. P. (2018). Single-case synthesis tools I: Comparing tools to evaluate SCD quality and rigor. *Research in Developmental Disabilities*. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.02.003>

