



Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

LA MOTIVACIÓN EN TERAPIA: UN ANÁLISIS FUNCIONAL

TESIS DOCTORAL

AUTOR: RICARDO DE PASCUAL VERDÚ

DIRECTORA: Dra. MARÍA XESÚS FROJÁN PARGA

Madrid, marzo de 2015

*A mis padres. Porque cada uno a su manera,
son los ejemplos que me guían y me han hecho lo que soy.*

A María Xesús, por saber ser maestra además de profesora.

Y a Guille. Todo lo que diga es poco.

AGRADECIMIENTOS

Me imagino que todo el mundo en mi situación hace lo mismo: deja para el final los agradecimientos. Para ese momento en el que el amasijo virtual de papeles, los cientos de archivos en conflicto entre sí y las mil y una pesadillas del formato empiezan, por fin, a tener una cierta semblanza de orden y a parecer un todo. Me imagino, también, que, al igual que yo, todo el mundo en mi situación echa la vista atrás y, aparte de sentir una mezcla de orgullo, incredulidad y terror abyecto, se da cuenta de la cantidad de gente que ha contribuido a que esa idea nebulosa de la tesis acabe concretándose en algo con cuerpo, algo real. Las listas de agradecimientos son aburridas para el que no sale, se quedan penosamente cortas para hacer justicia al que sale y están, en cualquier caso, condenadas a ser incompletas. Así que confío en que si alguien que ha contribuido de alguna manera a que este proyecto llegara a buen puerto no encuentra su nombre, sepa disculparme; tengo la suerte de tener mucho que agradecer y a veces es difícil seguir la pista a tanta buena gente.

En primer lugar, y por poco original que sea, tengo que dar las gracias a mi familia. Mis padres han sido siempre un espejo donde mirarme y, al igual que en el resto de las cosas que me propongo, me han apoyado no sólo de una manera teórica de palmadita en la espalda, sino contribuyendo con su tiempo y con su infinita paciencia a mis charlas interminables, mis dudas y mis miedos. Tengo la sensación de que uno no puede hacer justicia a todo lo que los padres representan con un par de líneas, así que lo dejaré aquí, con mi admiración hacia los dos y la sensación de tener con ellos una deuda que no podré pagar nunca, pero que no me es amarga.

La familia, claro está, no son solo los padres: mis tíos también han estado ahí desde siempre, y siguen ahí para lo que necesite. Y, por supuesto, mis abuelos. Tengo que agradecer especialmente a mis abuelos José Luis y María Fernanda, que más que unos abuelos son unos segundos padres. Espero algún día poder ayudar a alguien tanto con mi mera presencia como han hecho ellos conmigo, y ser la mitad de ejemplar para mi gente de lo que son ellos para mí.

Y de mis abuelos Manuel y Candelas sólo puedo decir que, aunque ya no podáis estar para verme pasar por esto, os llevo conmigo.

Tampoco me faltan amigos, y creo que es de justicia agradecer a todas esas personas que se han cruzado en mi camino y me han ido apoyando y enseñando formas

nuevas de entender la vida: Manuel, Marta y Nuria siempre tendrán un lugar especial para mí, mi núcleo duro favorito. Mirella, Emma, Sandra, Arturo... Y los Black Ops al completo, que son una de mis fuentes de reforzadores preferidas... Junto con mi prima Andrea, que comprende como pocos lo que es un subidón de azúcar a las cuatro de la mañana que te hace ponerte a trabajar. Quiero agradecer también especialmente a Óscar (en adelante “observador 2”), por su contribución desinteresada en tiempo y esfuerzo en una de las etapas más ingratas y más tediosas de todo el proceso que ha conllevado este trabajo.

Es obligado hablar también de mis compañeros de equipo de investigación; tengo que agradecer muy especialmente a Ana y a Elena su apoyo, su paciencia y su buena disposición a resolver todas mis dudas y a compartir todo lo que aprendieron en la elaboración de sus tesis, unas tesis brillantes sin las cuales esta habría sido imposible; también a mis compañeros de viaje Carlos, Rebeca y Fran, capaces de convertir el pasar dieciséis horas en un coche en dos días sea hasta divertido; y por último a los que vienen detrás, que están empezando este proceso ahora y a los que deseo todo el éxito del mundo: Nerea, Darío y Aitana.

Esta investigación habría sido doblemente imposible sin ITEMA: por un lado, son el centro que nos proporciona la materia prima. Por otro, ha sido mi casa los últimos cinco años, primero como alumno y luego como terapeuta y profesor. Gracias a Mónica, David, Brenda y María Xesús por enseñarme a amar la clínica y, lo que es más importante, a divertirme con ella y ejercerla bien. Y a mis compañeras de promoción, Marina, Andrea, Gala y Miriam, por convertir los años del máster en una de las mejores épocas de mi vida. El que ahora las dos últimas sean mis compañeras de trabajo es un orgullo y una alegría constante. También mis alumnos de Itema han sido una fuente de motivación; pocas cosas te mantienen tan atento y te hacen desear más el mejorar como profesional que el poder transmitir eso a otras personas con la misma pasión por el análisis de conducta. Por último, no es poco lo que se aprende sobre motivación cuando uno trata clientes en un contexto clínico, y pocas cosas son tan gratificantes como ayudar a una persona a elaborar su propia sintaxis del sufrimiento, un proceso complejo pero de una riqueza inmensa.

Hay dos profesores a los que tengo que agradecer especialmente su contribución. En primer lugar, Pablo Adarraga: de él aprendí que la psicología no sólo podía, sino que debía ser algo más sólido. Que teníamos más que ofrecer a la sociedad y que podíamos hacerlo con seguridad y conocimiento, y que lo primero que hay que

preguntar a cualquiera que haga alguna afirmación categórica es “¿cómo lo sabes?”. Es probable que si no hubiera sido por él, mi camino hubiese sido muy distinto.

En segundo lugar, a María Xesús Froján. No sólo ha sabido ser una profesora excelente desde todo punto y en todos los contextos, sino que también ha sido una directora de tesis extraordinariamente puntillosa y aun así comprensiva con mi desorden y mi definición un tanto laxa de “fecha límite”. Ha conseguido convertir este proceso en un placer, y le estoy inmensamente agradecido por ello y por el apoyo constante en todos los ámbitos; no es una exageración decir que todo lo que he conseguido en los últimos años, académica y laboralmente, se lo debo a ella y a su confianza.

Y por último, pero no menos importante, tengo que agradecer muy especialmente a Guille. Su contribución no es solo en paciencia y apoyo, sino que ha invertido su propio tiempo también en ayudarme con todo aquello que estaba en su mano. Además tiene el mérito de haber conseguido que no tirase la toalla, ni siquiera cuando surgían complicaciones que parecían irresolubles y cuando me planteaba como posibilidad el sacrificio humano para aplacar a los dioses del SPSS; yo soy el que ha hecho una tesis sobre motivación, pero él ha sabido aplicarla desde el minuto uno, y ha celebrado mis éxitos conmigo y evitado que rumiara mis fracasos. Gracias a él he aprendido lo que es contar con alguien de verdad, alguien que no sólo no te falla, sino que no te permite fallarte a ti mismo. Me faltan las palabras, y eso (algunos dirían que por desgracia), no es común en mí.

INDICE

PARTE I: INTRODUCCION TEORICA

CAPITULO I: EL CONCEPTO DE MOTIVACIÓN EN LA PSICOLOGÍA 1

1. LA MOTIVACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA ETOLÓGICA Y DE LA PSICOLOGÍA COMPARADA	2
1.1 Orígenes	2
1.2 Dos perspectivas etológicas: Tinbergen y Lorenz	4
1.2.1 El modelo hidráulico de Lorenz	4
1.2.2 Tinbergen y los “cuatro porqués”	5
1.3 Reflexión crítica	6
2. LA MOTIVACIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS	9
2.1. La visión de Freud	9
2.2 Reflexión crítica	12
3. MASLOW Y LA TEORÍA DE LA AUTO-REALIZACIÓN	14
3.1. La jerarquía de necesidades.	16
3.2 Características de las motivaciones	18
3.3. Otras motivaciones del comportamiento	20
3.4 Reflexión crítica	20
4. MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA E INTRÍNSECA.....	22
4.1. La teoría de la autodeterminación..	22
4.2 Reflexión crítica	24
5. MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	27
5.1 Dos enfoques relacionados	27
5.2 Reflexión crítica	29
6. LA MOTIVACIÓN EN EL CONDUCTISMO.....	30

6.1	Primeras aproximaciones: Skinner.	30
6.2	El conductismo psicológico.	35
6.2.1	El modelo de Staats.	35
6.2.2	Las tres funciones.	37
6.2.3	Las tres funciones y la motivación.....	39
6.2.4	Reflexión crítica.....	40
6.2.5	La propuesta de Carrasco.....	43
6.3	La operación de establecimiento.....	48
6.3.1	Una nueva aproximación.....	48
6.3.2	Explicaciones para los dos efectos.....	52
6.3.3	Tipos de operaciones motivadoras.....	53
6.3.3.1	Operaciones de establecimiento incondicionadas (OEIs).....	53
6.3.3.2	Operaciones de establecimiento condicionadas (OECs):.....	54
6.3.4	La distinción OE-Ed.....	55
6.3.5	Acogida de la OE.....	57
6.3.6	Reflexión crítica.....	59
6.3.7	Aplicaciones.....	62
7.	PERSPECTIVA ASUMIDA EN ESTE TRABAJO.....	65
 CAPITULO II: EL ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN EN TERAPIA.....		71
1.	VISIÓN GENERAL.....	71
2.	LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL ENFOQUE CONDUCTUAL.....	77
3.	SISTEMAS DE MEDIDA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	81
4.	COMENTARIOS FINALES.....	85

PARTE II: ESTUDIOS EMPÍRICOS

CAPITULO III: ESTUDIO EMPÍRICO 1	95
1. INTRODUCCIÓN	95
2. MÉTODO	101
2.1 Participantes	101
2.2 Variables e instrumentos	101
2.3 Procedimiento	106
3. RESULTADOS	108
3.1 Análisis descriptivo	109
3.2 Contrastes de medias (hipótesis 1 y 2)	110
3.3 Contrastes de medias (hipótesis 3).	119
4. DISCUSIÓN	121
 CAPITULO IV: ESTUDIO EMPÍRICO 2	 131
1. INTRODUCCIÓN	131
2. MÉTODO	139
2.1 Participantes	139
2.2 Variables e instrumentos	140
2.3 Procedimiento	144
3. RESULTADOS	145
3.1 Hipótesis 1	145
3.2 Hipótesis 2	147
3.3 Hipótesis 3 y 4.....	149
3.4 Hipótesis 5	151
4. DISCUSIÓN	151
 CAPITULO V: ESTUDIO EMPÍRICO 3	 163
1. INTRODUCCIÓN	163
2. MÉTODO	167

3. RESULTADOS	171
3.1 Hipótesis 1	172
3.2 Hipótesis 2	173
3.3 Hipótesis 3	174
3.4 Hipótesis 4	174
3.5 Hipótesis 5	175
3.6 Hipótesis 6	176
4. DISCUSIÓN	177
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES FINALES	183
1. LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA EN TERAPIA	183
1.1 La definición de la verbalización motivadora	183
1.2 La definición de la verbalización motivadora de cadena	185
1.3 La definición de la verbalización motivadora coloquial	186
2. EL USO DE LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA EN TERAPIA	187
2.1 En el tratamiento	187
2.2 En la sesión	190
3. LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA DE CADENA COMO FORMA MEJOR DE MOTIVAR	192
4. LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA COMO ACOMPAÑANTE DE LAS INSTRUCCIONES	194
5. LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA COMO FORMA DE DISTINGUIR ENTRE EXPERTOS E INEXPERTOS	197
6. ¿PUEDE LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA CONSIDERARSE UNA OPERACIÓN DE ESTABLECIMIENTO?.....	200
7. LIMITACIONES Y POSIBLES MEJORAS	204
7.1 Consideraciones generales	204
7.2 Estudio I	206
7.3 Estudio II	208
7.4 Estudio III	209
8. PERSPECTIVAS FUTURAS	209
9. CONCLUSIÓN GENERAL	212

PARTE III: REFERENCIAS

REFERENCIAS 217

ANEXOS

ANEXO A: SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA INTERACCIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL EN TERAPIA (SISC- INTER- CVT)

ANEXO B: SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS VERBALIZACIONES MOTIVADORAS DEL TERAPEUTA (SISC- MOT- T)

ANEXO C: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I:

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I

EL CONCEPTO DE MOTIVACIÓN EN LA PSICOLOGÍA

En este apartado vamos a dar una visión de conjunto de cómo se ha abordado y definido la motivación desde distintas escuelas psicológicas, recorriendo un camino que permita comprender el posicionamiento desde el que el presente trabajo se lleva a cabo.

Esta visión de conjunto tiene necesariamente que ser de “grano grueso”, dado que la motivación ha sido una de las preocupaciones principales de la psicología desde sus inicios. Es más, podría decirse que en cierto sentido toda la psicología es una ciencia que busca explicar por qué nos comportamos como lo hacemos; esto ha llevado a que la motivación haya recibido al menos tantas definiciones y modos de estudio como escuelas psicológicas hay, e incluso más. Por este motivo, y en interés de la brevedad y la claridad expositiva, se primará en este apartado dar una visión de las conceptualizaciones más importantes sea por su popularidad, sea por la tecnología o *corpus* de conocimientos que han generado.

Este trabajo, por su parte, se incluye en el análisis aplicado de conducta tanto como método como marco teórico, posicionamiento al que dedicaremos los últimos apartados de este capítulo.

1. LA MOTIVACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA ETOLÓGICA Y DE LA PSICOLOGÍA COMPARADA

1.1 *Orígenes*

La etología es la ciencia que estudia el comportamiento de los animales en su entorno como función de su adaptación al mismo. Su relación con el conductismo es íntima, al menos en su origen: ambos enfoques parten de la psicología comparada, centrada en el estudio del comportamiento de las especies animales, incluyendo la humana. Esta disciplina se dividió en dos ramas: la americana y la europea. La rama americana se centró más en el estudio del aprendizaje de conductas en medios controlados, derivando eventualmente en el conductismo. Por su parte, la rama europea se dedicó más a las conductas como instintos y los estudios de campo, hasta constituir la etología tal y como se ha definido anteriormente.

Hay que entender que en esto, la rama europea seguía, en cierto sentido, la línea marcada por investigadores como James o McDougall, que defendían modelos instintivos de motivación y comportamiento. James (1890) considera que instinto y reflejo son tipos de conducta muy similares, que responden a estímulos del entorno. Los instintos serían una especie de impulso que motiva la conducta, una fuerza interna que la dirige en una dirección con una intensidad concreta. Así, siempre según James, conocer el valor adaptativo de un instinto era entender la motivación de una conducta concreta.

En lo que respecta a McDougall (1908/1950), él consideraba los instintos como una serie de predisposiciones a prestar atención o percibir una serie de estímulos concretos –con un valor adaptativo-, y para actuar hacia o con ellos en una manera concreta que podría, no obstante, ser modificada por la experiencia. Considera que los instintos tienen tres componentes: un componente cognitivo (el conocimiento que tiene el sujeto acerca de un objeto presentado en cuanto a si le permite o no satisfacer sus necesidades), un componente afectivo (las emociones que ese objeto hace sentir al sujeto) y un componente conativo (el esfuerzo que el sujeto hará para acercarse a o alejarse del objeto). Según McDougall, el componente cognitivo y el conativo pueden modificarse, mientras que el componente afectivo es inmutable. Su postura fue duramente criticada, especialmente en el ámbito americano (Hull, 1943; Kuo ,1921, 1922; Tolman, 1923; Watson, 1914) por su dificultad para distinguir entre conducta instintiva y conducta aprendida y por la constatación de que, en realidad, para McDougall prácticamente toda conducta era instintiva. Como destacan Carpi, Gómez, Díez, Guerrero y Cantero (2005), estas críticas fueron las que terminaron por hacer desaparecer al enfoque instintivista de la psicología americana; no obstante, esta línea fue seguida, en cierta manera, por la psicología europea.

1.2 Dos perspectivas etológicas: Tinbergen y Lorenz.

Por su relevancia y repercusión, dedicaremos ahora atención a dos autores europeos y sus puntos de vista sobre la explicación de la conducta: Niko Tinbergen y Konrad Lorenz.

1.2.1 El modelo hidráulico de Lorenz.

Konrad Lorenz formuló en 1950 su modelo hidráulico de motivación (Lorenz, 1950). Es importante resaltar que era solo un modelo, esto es, una metáfora para entender cómo podía darse la conducta motivada, y que Lorenz en ningún momento postulaba que este modelo tuviera un correlato estructural en el organismo.

Según este modelo, la energía para realizar una conducta se va acumulando igual que un líquido podría acumularse en un depósito. Esta acumulación va haciendo que la conducta sea progresivamente más probable, dado que disminuye el umbral de estimulación que será necesaria para que ese “líquido” se libere en forma de acción. Mientras se está acumulando la energía, un estímulo específico y relacionado con esa energía será lo que abrirá la compuerta metafórica, siendo más probable esta apertura cuanto más intenso sea el estímulo, o cuanto más energía se haya acumulado. De hecho, Lorenz considera que si la energía se acumula durante el tiempo suficiente, el umbral de realización de la conducta se reduciría a cero, dándose esta en ausencia del estímulo clave; sería la actividad en vacío.

La idea de Lorenz ha recibido gran cantidad de atención, y se sigue considerando un modelo útil para entender la conducta instintiva, aunque con

matices que se han ido añadiendo con el tiempo. Hoy en día se usa, por ejemplo, para la creación de sistemas artificiales que aprenden con base en la satisfacción de unas necesidades preprogramadas (ver por ejemplo Salichs y Malfaz, 2012).

1.2.2 Tinbergen y los “cuatro porqués”.

Tinbergen se dedicó fundamentalmente a estudiar el comportamiento del pez espinoso y recibió, junto con Konrad Lorenz y Karl Von Fritz el premio Nobel en 1973 por sus estudios acerca de la conducta de los animales. Una de sus contribuciones consiste en un refinamiento del modelo hidráulico de Lorenz en el que añadió la idea de que existían centros ordenados jerárquicamente para cada necesidad, y que la realización de una conducta en concreto no sólo iba a depender de la presentación del estímulo adecuado en el entorno, sino también de otras fuentes de información e influencia (como cambios hormonales, información del sistema nervioso, etc.). Sin embargo, una de sus aportaciones más importantes es la formulación de sus “cuatro preguntas” acerca de cualquier conducta que la etología debía encargarse de responder (Tinbergen, 1951). Estas, en su formulación actual, son las siguientes:

- Causa: estímulos internos o externos que han causado la conducta en este momento.
- Sostenibilidad o valor de supervivencia: qué beneficios aporta esta conducta a la supervivencia y éxito reproductivo del animal.
- Ontogenia: cómo se ha ido desarrollando esta conducta a lo largo de la vida del animal.

-Filogenia: cómo ha ido apareciendo la conducta a lo largo de la evolución de la especie.

Así pues, y según Tinbergen, la etología no debía ocuparse solo de los determinantes distales de la conducta (su filogenia, ontogenia o valor adaptativo), sino también de los proximales (los estímulos externos o internos que la provocan en un momento dado). De esta manera, Tinbergen separó causas que habitualmente se estudiaban juntas.

Aunque estas cuatro preguntas incluyan los determinantes proximales, la realidad es que la etología ha acabado siendo fundamentalmente el estudio de los determinantes distales a través de la ecología del comportamiento, esto es: de las razones evolutivas y ecológicas de que un comportamiento en concreto se mantenga o se origine.

1.3 Reflexión crítica.

Si bien nos parece que puede ser interesante y tremendamente informativo descubrir cuál es el valor adaptativo de un comportamiento, estamos de acuerdo con Ryle (2005) cuando afirma que es falaz atribuir la causa de un suceso discreto (una conducta concreta) a una variable continua. Es decir, es indudable que la conducta felina de rascado en el suelo después de la defecación tiene un valor adaptativo derivado de la mayor probabilidad de ocultar sus rastros ante posibles presas y/o depredadores; sin embargo, eso no es una explicación adecuada si lo que nos estamos preguntando es por qué *este* gato en concreto rasca *ahora y de esta manera* en concreto. Por utilizar un ejemplo de la especie

humana: está claro que la reproducción sexual existe porque favorece una mayor recombinación de alelos, con las ventajas evolutivas que ello supone; sin embargo, esa realidad no nos resulta nada esclarecedora a la hora de explicarnos por qué *esta* persona en concreto tiene sexo con *esta otra* en concreto, en *este* momento y de *esta* manera. Podría argumentarse que ese factor evolutivo puede resultar en cierto modo irrelevante, pero que una explicación ontogénica de la conducta sí puede aclarar por qué se lleva a cabo la conducta que se lleva a cabo en este momento. Desde luego, está muy lejos de nuestra intención negar la importancia de la historia de aprendizaje como elemento que explica o ayuda a explicar el valor apetitivo, neutro o aversivo de los estímulos del entorno, llevando incluso a condicionamientos aparentemente paradójicos en tanto que derivan en conductas que ponen en riesgo la supervivencia de la persona (ver Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman y Richman, 1994, para un análisis desde este punto de vista de la conducta autolesiva), pero no basta por sí sola para explicar la ocurrencia de una conducta concreta en un momento concreto. Para eso es necesario introducir los determinantes proximales: los elementos presentes que han evocado o elicitado la conducta. Por supuesto, sería incompleto un análisis que no tuviera en cuenta los determinantes distales, pero tal vez lo discutible sería considerarlos *realmente* distales. Es decir, si alguien quiere comprarse un coche verde porque es el color que tenía el coche de su padre y le trae buenos recuerdos, la causa de la conducta no está, puramente, en el hecho de que el coche de su padre fuera verde, sino en el condicionamiento de este estímulo como apetitivo o elicitor de emociones positivas; una variable disposicional (la

historia de aprendizaje) que se actualiza en determinadas conductas que se dan en el presente. Así pues, si finalmente se compra el coche no es (solo) porque su padre lo tuviera en el pasado, sino porque, *en el presente*, le hace sentir bien tenerlo.

Este error (a nuestro juicio) de considerar una variable disposicional como causa del comportamiento está especialmente extendido en lo que respecta a la explicación de la conducta en clave biológica, que ha acabado convirtiendo a nuestro propio cuerpo, en un giro curioso de la historia, en el propio fantasma que habita en la máquina: constantemente se alude a condiciones fisiológicas “internas” como causa de la conducta. Por ejemplo, el ciclo menstrual se asocia frecuentemente a gran número de conductas en mujeres (ver, por ejemplo, Durante, Griskevicius, Hill, Perilloux y Li, 2011), y es ingente el número de artículos en medios tanto divulgativos como científicos que citan como causa del comportamiento una u otra condición física. Especialmente llamativos son los estudios que relacionan la presencia de una infección por virus o bacterias con el comportamiento, como por ejemplo la recientemente muy publicitada relación entre la infección por *Toxoplasma gondii* y gran cantidad de conductas en humanos, desde el comportamiento de riesgo o la esquizofrenia, (Cook *et al.*, 2015; Flegr, Zitková, Kodym y Frynta, 1996; Webster, Kaushik, Bristow y McConkey, 2013), hasta el suicidio en mujeres posmenopáusicas (Ling, Lester, Mortensen, Langenberg y Postolache, 2011). No es nuestra intención, desde luego, obviar la influencia que todos estos factores pueden tener en nuestro comportamiento, sino poner el acento en *cómo* se daría este fenómeno, de darse.

Todas estas variables son disposicionales, favoreciendo o dificultando que se den conductas o condicionamientos a través del condicionamiento de unos estímulos u otros como reforzantes o de la variación de su potencia como reforzadores, pero en absoluto únicas responsables de la realización final de una conducta u otra, por lo que un análisis que sólo los incluya a ellos es incompleto.

2. LA MOTIVACIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS

Según Lichtenberg (2013), “el psicoanálisis es, en su núcleo, una teoría *de la motivación estructurada*, no una teoría de estructuras” (énfasis nuestro). En efecto, el eje de la teoría psicoanalítica, con sus múltiples variaciones y ramas, ha sido siempre la búsqueda de una explicación a los comportamientos aparentemente sin sentido llevados a cabo por el analizado, considerados por ellos como síntomas neuróticos.

2.1 *La visión de Freud.*

En un primer momento Freud usó el concepto de “instinto”, para luego decantarse por el término de “pulsión” (Freud, 1933-1937) como una forma de explicar las conductas aparentemente desordenadas de sus sujetos de análisis: una pulsión sería, según él, un impulso psíquico único de los seres humanos que les lleva a actuar ante una tensión interna y cuyo objetivo es reducir esa tensión a través de un objeto (que varía enormemente y no tiene por qué ser preciso ni estar predeterminado). Así, Freud marca la diferencia entre pulsión e instinto,

siendo este último propio de los animales y la primera exclusiva de los humanos por la mediación de la que se sirve (el objeto). Además, mientras que el instinto estaría determinado por completo genéticamente, la pulsión sería un producto de la genética pero también de la ontogenia, de la propia historia personal del sujeto (Freud, 1905). Freud reconocía, además, varias dimensiones en la pulsión: la fuente (de origen somático), el esfuerzo o *Drang* (el impulso propiamente dicho), la meta y el objeto de la pulsión (que solo reduce temporalmente la tensión de la pulsión).

Las pulsiones se dividieron en distintas clases según el objeto y la dirección en la que “impulsan” el movimiento y la cognición del sujeto: las más célebres por su penetración en la cultura general son la pulsión de Eros (pulsión de vida, considerada la pulsión básica) y la de Tánatos (pulsión de muerte, elaborada posteriormente como una distorsión o perversión de la pulsión de vida), como motores de la conducta dirigida a la perpetuación y la dirigida a la disgregación, respectivamente; y, por supuesto, la pulsión sexual, que ha resultado central en los desarrollos freudianos o clásicos del psicoanálisis por su énfasis en la libido como motor de toda acción.

Según Freud, existe una continuidad entre la conducta desadaptada y la adaptada; es decir, los mecanismos que rigen la motivación del comportamiento patológico son los mismos que gobiernan el comportamiento normal. Esto, en su momento, era una idea rompedora y que chocaba con los postulados de los llamados *alienistas*, que consideraban que la conducta “anormal” lo era tanto en resultado como en proceso. En lo que nos atañe aquí, significa que el concepto de

pulsión era igualmente aplicable a las personas con problemas (síntomas neuróticos, histéricos o psicóticos) y a las personas bien adaptadas; el problema – o uno de los problemas- podría radicar simplemente en la adecuación del objeto de la pulsión, manteniéndose igual el mecanismo por el que esta *energiza* la acción. El origen de una “anormalidad de la motivación” podría encontrarse en los deseos no cumplidos del sujeto, generalmente sexuales y a menudo procedentes de una “mala resolución” del conflicto edípico cuando este entra en contacto con la cultura que convierte en tabú el incesto.

Más adelante, Jung y Adler matizarían la idea de la pulsión de placer y dotarían de la máxima importancia a la pulsión de autorrealización (Adler, 1955; Jung, 1995), creando uno de los incontables cismas en la ortodoxia psicoanalítica y precediendo en cierto sentido a Maslow con su “deseo de autorrealización”, al que dedicaremos atención más adelante.

Principio del placer y principio de la realidad

Para Freud, lo que mueve la conducta humana es la búsqueda de placer y la evitación del displacer; a esto lo llamó “principio del placer”. Entendía el placer como un aumento de excitación, y el displacer como una disminución de la misma; de esta manera, el principio era económico. En cuanto al principio de realidad, constituía el contrapeso del de placer, y era el que lo matizaba o le daba cauce adecuado a las normas sociales; si, por ejemplo, el principio de placer demandaba una satisfacción inmediata de un deseo sexual al ver a alguien atractivo, el principio de realidad podría conducir esa “energía” hacia la

composición de una canción que hable de esa persona o sus rasgos. Este segundo principio fue añadido con posterioridad (Freud, 1976), dado que, como decíamos antes, Freud inicialmente contemplaba el principio de búsqueda del placer (o huida del displacer) como el motor principal de la conducta humana.

2.2 Reflexión crítica

Esta idea de la pulsión como un mecanismo de tensión interna que deriva en una acción dirigida a la descarga es, como se habrá podido comprobar, muy similar a la teoría hidráulica de Lorenz, así como a tantas otras teorías que hacen énfasis en la reducción de una condición aversiva interior como impulso de la acción. Su (relativa) novedad radica en el hecho de que marca una diferencia explícita entre los deseos humanos y los animales.

El psicoanálisis es extremadamente fértil en sus desarrollos posteriores y ramificaciones, cada una de las cuales supone un cambio en ocasiones sutil y en ocasiones radical de sus postulados básicos. Desde las ya mencionadas divergencias de Jung y Adler hasta la deriva metafórico-aritmética de Lacan, el psicoanálisis continúa tratando de explicar lo que lleva a las personas a actuar como actúan a través del estudio de sus dinámicas psíquicas. Nos parece relevante citar aquí el siguiente párrafo de Zuleta (1987) por la curiosa similitud en su forma de abordar la explicación de la conducta humana con la conductista, con las obvias diferencias:

“No podemos explicarnos la conducta del hombre, cuando se conduce de una u otra manera, por arbitraria decisión de una voluntad que escapa a toda

causa, pero tampoco podemos explicarnos su conducta como un producto del estado actual de su organismo. Para el psicoanálisis esa conducta es el producto de todo lo que ha sido su vida, de su recuerdo, de lo que ha olvidado, de los fenómenos que han repercutido a través de toda su historia de vida, es decir, el psicoanálisis considera que su conducta se puede explicar por las relaciones que con las otras personas ha tenido, por el sentido fundamental de esas relaciones, comenzando por sus relaciones originarias con su madre, hasta las últimas que haya tenido. Si asumimos que el efecto puesto en estas relaciones, la forma que éstas tuvieron y la manera como fueron vividas determina una conducta, nos ubicamos necesariamente frente al determinismo psíquico”. (pp. 8-9)

Si traducimos esto a términos operativos, estaríamos hablando de que la conducta no puede explicarse por un “fantasma en la máquina” (llamado aquí “voluntad”) que actúe como motor, pero tampoco podemos considerarlo únicamente función de sus necesidades actuales; esto, como se decía anteriormente, resulta llamativamente similar a una argumentación conductista. Donde se distancia de ella es en el hecho de que pone el acento de la explicación de la conducta presente en las relaciones pasadas por lo que *significaron* en su momento, y no por cómo condicionaron unas u otras conductas o estímulos— aunque ciertamente podría discutirse si la noción de “significado de X” puede sustituirse por la de “conjunto de elementos con los que X se ha condicionado”-. La influencia del pasado es indiscutible; lo relevante es cómo se produce, de hecho, esta influencia. Mientras que desde el psicoanálisis se defendería que es el propio hecho traumático lo que causa la conducta (desadaptada) actual,

independientemente del tiempo que pueda mediar entre aquel y esta, el planteamiento conductual incidiría en que, de tener el hecho traumático alguna relación con la conducta desadaptada actual, la tendría a través de cómo condicionó ciertas situaciones o claves estímulares del entorno y/o de la ocurrencia del recuerdo de ese hecho. Por ejemplo, si tratamos de explicar la elección de parejas con una conducta agresiva por parte de un adulto que fue maltratado en su infancia por sus padres, lo haremos recurriendo a cómo esa relación en la infancia condicionó a las personas que muestran conductas agresivas como, también, aquellas que proporcionan seguridad y cariño –aunque este sea ocasional-. Así pues, la explicación, aunque podría incluir la referencia a ese hecho traumático, no lo invocaría como motivo de la conducta presente.

3. MASLOW Y LA TEORÍA DE LA AUTO-REALIZACIÓN.

Tal vez una de las aproximaciones más populares al estudio de la motivación sea la propuesta por Maslow (1943). A pesar de haber sido expuesta hace más de treinta años, continúa estudiándose como parte de los programas docentes de las facultades de psicología y, por supuesto, de las disciplinas tangenciales como la psicopedagogía, el magisterio o el trabajo social –por mencionar algunas. Constantemente se hacen estudios basados o apoyados en la teoría de Maslow para “motivar” a los empleados o describir su situación en términos coherentes con esta teoría (ver, por ejemplo, Abrey y Smallwood, 2014; Benson y Dundis 2003; Stum, 2001; Tischler, 1999), atender a los internos en instituciones hospitalarias o sanitarias (Henwood, Derejko, Couture y Padgett,

2014; Jackson et al., 2014; Kornelsen y Grzybowski, 2005), o una amplia variedad de asuntos relacionados con la educación y la motivación para el estudio (Freitas y Leonard, 2011; Milheim, 2012; Pettijohn, 1996; Raffini, 1993). Una teoría tan extendida en su uso actual merece, al menos, una mirada más detenida.

Maslow propone que las motivaciones son deseos internos, casi pulsiones, que se pueden conocer mediante la conducta manifiesta de las personas. Esto en sí mismo es poco llamativo por habitual en la psicología popular y también en algunas orientaciones pretendidamente científicas; en realidad, el punto que ha hecho a Maslow tan conocido es su famosa pirámide motivacional o jerarquía de necesidades.

Según este autor, las motivaciones no son todas iguales e independientes del entorno, sino que varían en la fuerza con la que guían la conducta de las personas según un rígido escalafón de necesidad. Siempre de acuerdo con Maslow, cuando una persona no tiene comida que llevarse a la boca (por ejemplo), difícilmente le resultará “motivador” el obtener un puesto social preeminente o el comprarse un coche impresionante. Las necesidades, las *motivaciones*, se ordenarían en una escala de más necesarias para la supervivencia (en su sentido más literal) a menos necesarias para la supervivencia. Así, en la base de la pirámide encontraríamos la necesidad de alimento y refugio, y en la cúspide encontraríamos uno de los conceptos centrales de Maslow al que dedicaremos más adelante más atención: la autorrealización.

3.1 *La jerarquía de necesidades.*

En más detalle, Maslow ordena las necesidades humanas, de más a menos básicas, de la siguiente manera:

- Necesidades fisiológicas: la homeostasis térmica, las necesidades nutricionales y otras necesidades puramente somáticas y que garantizan el buen funcionamiento del organismo.
- Necesidades de seguridad: el deseo de la persona de vivir en un entorno predecible y sin grandes amenazas. Según Maslow, esta necesidad y la anterior estarían cubiertas para la práctica totalidad de los habitantes de cualquier sociedad moderna.
- Necesidades de posesividad y amor: la necesidad de tener un compañero emocional, amigos, familia... En resumen, de un grupo primario de apoyo. Se hace mucho hincapié en que no debe confundirse el sexo con el amor en este contexto. De acuerdo con Maslow, “el sexo podría estudiarse como una necesidad puramente fisiológica”. De nuevo de acuerdo con él, la frustración de estas necesidades sería la causa de la inmensa mayoría de problemas psicológicos en la sociedad occidental. El autor pone como ejemplo paradigmático de una “neurosis” basada en la falta de control percibido sobre el entorno el trastorno obsesivo-compulsivo.
- Necesidades de estima: el deseo de ser apreciado por los demás y por uno mismo como alguien competente, fuerte e importante. Maslow considera dos “deseos” dentro de esta necesidad: el de fuerza y el de reputación y

prestigio. La frustración de estos deseos llevaría a un sentimiento de inferioridad e inutilidad.

- Necesidad de “auto-actualización”: verdadero buque insignia de la teoría y de la carrera posterior de Maslow, el ápice de la pirámide propuesta por él sería esta necesidad. Curiosamente (o tal vez no tanto), es la necesidad más nebulosamente descrita de todas las postuladas por Maslow; según él, son aquellas tareas que uno debe hacer porque “se adaptan a su modo de ser”. Como ejemplos, dice que un artista tiene que pintar y un poeta tiene que escribir “si quieren estar en paz con sus respectivas personalidades”, y continúa con una cita que le ha hecho célebre: “Un hombre *tiene* que ser lo que *puede* ser” (Maslow, 1954, p.53; el énfasis es del autor). Tratando de ser, en la medida de lo posible, menos etéreo, uno podría intentar definir estas necesidades como simplemente aquello que uno hace “porque le gusta”, sin una repercusión directa en su supervivencia o en lo que los demás piensen de él o ella; aquellas cosas que hace “porque quiere” y por sí mismas. Es decir, aquellas cosas que encuentra reforzantes en sí mismas.

Un punto a destacar de esta ordenación en escalera (pues eso es lo que es realmente la pirámide de Maslow), es que, siempre según el autor, una necesidad que “domine” a una persona cambia también toda su filosofía del futuro. Con esto quiere decir que lo que a uno le parece en ese momento deseable o ideal, su “Utopía”, por usar la misma expresión que el autor, depende del estado motivacional en el que se halle, esto es: de en qué “escalón” se encuentre. Esto,

inicialmente, puede parecer bastante redundante con lo dicho hasta ahora salvo que se le preste atención. Lo que Maslow está diciendo aquí es que, además de convertir algunas cosas en deseables o no, el estado motivacional de cada uno altera sus *valores*, un concepto que sería central en la posterior elaboración de su psicología humanista.

Por último cabe destacar que Maslow, en lugar de una concepción monolítica que adscribiría cada comportamiento a una motivación o necesidad (por ejemplo, pegar a alguien sería función de la necesidad de dominio), considera que en ocasiones y para ciertos comportamientos complejos, puede haber múltiples motivaciones. Es decir, uno puede querer acostarse con alguien no sólo por la satisfacción de la necesidad fisiológica del sexo, sino también por querer demostrarle a esa persona su cariño, por añadirlo a una “lista de conquistas” de la que luego presumir, o todo ello a la vez.

3.2 *Características de las motivaciones*

Tal vez de forma poco sorprendente, Maslow considera que la mayor parte de motivaciones básicas son inconscientes. Hablando con propiedad, “inconsciente” aquí parece significar simplemente que no serán la respuesta dada por una persona a la que se le pregunte por qué hace una cosa en concreto. Es decir, preguntado por el motivo por el cual alguien se compra un coche grande, difícilmente daría la respuesta que Maslow consideraría apropiada (probablemente algo como “para ser tenido por los demás por alguien competente, viril y dominante”), sino una versión más o menos elaborada de

“porque me gusta”. Este tipo de respuestas, asumimos, es demasiado pedestre y prosaica para ser real en el sentido en el que a Maslow le parece relevante, y, por lo tanto, la considera directamente como indigna de atención, apoyándose en el sentido común para hacerlo:

“En conjunto (...), en la persona media, [las necesidades] son mucho más frecuentemente inconscientes que conscientes. No es necesario examinar en este punto, puesto que parece evidente, la importancia crucial de la motivación inconsciente.” (Maslow, 1943)

Por otra parte, Maslow considera que las necesidades básicas que postula se acercan más a la realidad por su aparente universalidad que “los deseos superficiales o los comportamientos”. Quiere esto decir que, en su opinión, las diferencias comportamentales o en usos culturales son meramente decorativas (en lo que a motivación se refiere), pero que las necesidades básicas que subyacen serían bastante más universales. Es cierto que Maslow es cauto y dice que no está en condiciones de asegurar que su clasificación sea universal y cierta; una cautela un tanto sorprendente habida cuenta de su absoluto desparpajo a la hora de asegurar que las motivaciones “inconscientes” son más importantes que las “conscientes”.

3.3 *Otras motivaciones del comportamiento.*

Maslow considera que, pese a lo útil de su propuesta y su énfasis en las “necesidades inconscientes” universales, hay comportamientos que no están

motivados. Curiosamente, Maslow aprecia que el “campo externo” (el entorno) que rodea a las personas ocasionalmente causa su comportamiento; él, simplemente, no considera que esto sea un comportamiento motivado. Es un comportamiento reflejo, o “expresivo”. Este último término implica que es un comportamiento que “expresa” la “personalidad” del que se comporta; queda así, para Maslow, fuera de una necesidad de explicación relativa a la motivación un comportamiento como sonreír cuando se es feliz o comportarse “estúpidamente” cuando se es “un hombre estúpido” (sic).

3.4 Reflexión crítica.

Aparte de consideraciones de tipo más teórico a las que pasaremos a continuación, desde el principio se ha señalado la falta de solidez de la teoría de Maslow, que no tiene gran apoyo empírico (ver, por ejemplo, Bartunek, 2011; Wahba y Bridwell, 1976). Especialmente criticado ha sido el hecho de que su supuesta jerarquía de necesidades no es tal, dado que no se cumple para todo el mundo ni en distintas culturas. Su elección y orden son meramente arbitrarios, un producto del “sentido común”.

El mérito de la propuesta de Maslow es, indudablemente, poner en relación la situación estimular de las personas con la probabilidad diferencial de ocurrencia de ciertas conductas. Aunque esto pueda parecer una perogrullada actualmente, en su momento supuso una flexibilización de la consideración tradicional, en gran parte heredera del psicoanálisis, que hablaba de unas motivaciones estáticas e inmutables, e iguales para todos. Maslow trató de

sistematizar, con la intención de explicar, las diferencias en lo que una persona *quiere* en distintos momentos y situaciones, creando una taxonomía ciertamente intuitiva y, de nuevo, “de sentido común”.

Y tal vez ese sea el peligro de la teoría de Maslow: es de sentido común. Nadie puede negar que, acosado por el hambre (un hambre real producto de la pobreza más extrema, no el simple apetito diario), el tener un coche u otro es perfectamente irrelevante; no digamos ya el preocuparse por el arte y la filosofía. Esto es cierto, pero lo es en un sentido banal. No añade conocimiento ni explicación alguna, sino que se limita a constatar (y aún eso habría que ponerlo en tela de juicio, a tenor de la falta de apoyo empírico de la teoría) la ocurrencia de un hecho y, en un giro típicamente tautológico, convertir ese hecho en su propia explicación infiriendo una característica interna que lo causa y que, por supuesto, sólo es comprobable por su “reflejo” en la conducta manifiesta.

Decíamos “peligro” al inicio del párrafo anterior porque este tipo de pseudoexplicaciones dan una falsa sensación de que el problema en concreto ya está resuelto y es innecesario totalmente dedicarle más tiempo o más recursos. El que la pseudoexplicación de Maslow sea, además, tan “de sentido común” solo hace que sea más difícil contrarrestarla; cuadra perfectamente con las preconcepciones de todo estudiante de psicología de los primeros cursos y, por supuesto, de todo lector de revistas divulgativas, por el simple hecho de que no es una explicación científica, sino una descripción a pie de calle. En un campo como el nuestro, plagado de pseudoexplicaciones tautológicas que simplemente se consideran verdades autoevidentes, la pirámide de Maslow es solo un

obstáculo más en el tránsito de la psicología de una colección de lugares comunes y refranes sistematizados a una verdadera ciencia del comportamiento. Iniciábamos este apartado diciendo que la de Maslow es una de las aproximaciones más populares al estudio de la motivación; huelga decir, ahora, que no hablábamos tan solo de la gran cantidad de adherentes que pueda tener, sino también –o más bien- de su origen y estatus de simple sabiduría popular.

4. MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA E INTRÍNSECA

4.1 *La teoría de la autodeterminación.*

Una de las categorizaciones que más familiares resultan a cualquier psicólogo, por su penetración en los planes de estudio y su uso en gran número de publicaciones científicas, es la de motivación intrínseca y extrínseca. Esta división fue propuesta como parte de la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (Deci y Ryan, 1985; Ryan y Deci, 2000). Este desarrollo aspira a ser “una teoría integrativa del desarrollo, la motivación y la salud de la persona” (Deci y Ryan, 2008) y postula que existe un impulso natural e innato en el ser humano a la creación de una identidad (“*self*”) progresivamente más elaborada y unificada, creando conexiones dentro de sí mismos y con los demás. Sin embargo, admite una cierta influencia del entorno, que puede apoyar este desarrollo (facilitándolo o fomentándolo) o impedirlo, dando lugar a identidades fragmentadas, alienadas, pasivas o “reactivas”. Mediante esta aceptación del papel del entorno, los autores aspiran a encontrar un término medio entre la visión clásica de los impulsos

naturales e innatos como guías de la conducta humana y una visión ambientalista que rechace de plano la existencia de ningún componente innato en la motivación del comportamiento.

A grandes rasgos, la motivación intrínseca sería aquella que “parte” de la propia persona, que dirige su conducta de forma autónoma y libre hacia un objetivo o actividad; por su parte, la motivación extrínseca sería aquella que tiene su razón de ser en los premios o gratificaciones que la persona va a obtener con su conducta. Se incluye en la motivación extrínseca aquella derivada de la coacción por parte de terceros. Existiría también, por último, algo llamado “amotivación” que sería, lógicamente, la no existencia de motivación para realizar alguna actividad.

Esta teoría recibió una buena acogida, y los constructos de “motivación intrínseca” y “motivación extrínseca” se han venido usando desde entonces como categorías centrales en el estudio de campos como el trabajo (ver, entre otros, Amabile, 1993; Davis, Bagozzi y Warshaw, 1992; Gagné y Deci, 2005; Thomas, 2000; Van Yperen y Hagedoorn, 2003), la educación (campo en el que esta teoría es ampliamente asumida como cierta y útil; ver, por ejemplo, Cordova y Lepper, 1996; Csikszentmihalyi, 2014; Ferrer-Caja y Weiss, 2000; Gottfried, 1985; Kusurcar y ten Cate, 2013; Skaalvik y Skaalvik, 2013) o el deporte (Abuhamdeh, Csikszentmihalyi y Jalal, 2014; Alexandris, Tsorbatzoudis y Grouios, 2002; Gardner y Lally, 2013; Hagger y Chatzisarantis, 2007; Pelletier, Fortier, Vallerand, Tuson, Briere y Blais, 1995).

Dentro de los intereses de esta teoría, es interesante resaltar un fenómeno que ellos mismos destacan por lo llamativo que les resulta: el hecho de que, a medida que aumenta la “motivación extrínseca” (los premios o castigos asociados con la realización o no realización de una conducta), la “motivación intrínseca” (la acción independiente y autónoma) parece ir desapareciendo (Deci, Koestner y Ryan, 1999).

4.2 Reflexión crítica

Desde el punto de vista del análisis de conducta, los postulados de la teoría de la autodeterminación fallan por la base: su idea central de que todo ser humano tiende de forma “natural” hacia crear un “yo” más integrado y más complejo es endeble. En lo que respecta a la dicotomía que señala entre las acciones intrínseca y extrínsecamente motivadas, parece evidente que se está refiriendo a conductas que están recibiendo un refuerzo autoadministrado (y de forma encubierta) o de una fuente ambiental, respectivamente. Esto, obviamente, explicaría también el efecto que tiene el aumento de “motivación extrínseca” sobre la “intrínseca”: si dos programas de reforzamiento entran en competencia, el que acabará por regular la conducta será el que administre un reforzador más adecuado o más llamativo. Puede que el autorrefuerzo verbal encubierto simplemente no pueda competir con la mayoría de reforzadores “externos” (dinero, alabanzas, recompensas materiales).

Cabe señalar, además, que cualquier conducta no estrictamente dirigida a la supervivencia en el sentido más estrictamente biológico del término y que esté

“motivada intrínsecamente” ha tenido, por fuerza, que ser motivada extrínsecamente en un momento concreto para adquirirse. Tomando como ejemplo una de las obsesiones de los defensores de esta teoría, para que la conducta de un adolescente de estudiar esté motivada intrínsecamente (esto es, la haga sin coerción aparente y sin pedir después un premio por ello), ha tenido que ser reforzada previamente por fuentes relevantes –padres, amigos, etc de manera adecuada. Ningún especialista espera que conductas con un alto coste de respuesta como es esta simplemente se den un día “porque sí” o, por usar una terminología más cercana a este enfoque, porque el adolescente “sepa que es lo correcto”; por el contrario, se instruye a los padres frecuentemente para que refuercen diferencialmente la conducta de sentarse a estudiar de sus hijos. Solo más adelante el adolescente se autoadministrará el refuerzo de manera encubierta o, lo que es lo mismo, generará autocontrol sobre esta conducta, haciéndola independiente en gran parte de factores externos... Salvo, claro está, que estos factores externos administren una estimulación aversiva o apetitiva importante y contingente a la conducta, en cuyo caso volvería a estar controlada por el entorno; esto es, motivada extrínsecamente.

El que esta explicación comparativamente sencilla y que preexistía a la teoría de la autodeterminación no haya sido un obstáculo para que esta última tenga una posición preeminente dentro de planes de estudio y publicaciones se debe, en nuestra opinión, a que esta teoría tiene un marcado carácter moralista. De la lectura de sus fuentes se desprende constantemente una consideración por parte de los autores de que la motivación intrínseca es “la buena” (la que es

producto de una autonomía personal que ellos mismos postulan), mientras que la extrínseca es “la mala” (porque supone “comprar” a la persona o peor aún, “amenazarla”). En los artículos que aplican la teoría al campo laboral, por ejemplo, frecuentemente se identifica “refuerzo” con “dinero”, para a continuación sacar la conclusión de que, como el dinero no funciona por sí solo para “motivar” al trabajador, el refuerzo como método es insuficiente. En el campo de la educación ocurre lo mismo, y se centra la investigación en hallar la manera de “generar motivación intrínseca” en los alumnos. Se sigue de todo esto que el enfoque conductual, con su énfasis en el entorno como moldeador de la conducta a través de sus contingencias de refuerzo y/o castigo, es tenido como un enemigo de la libertad personal. Una vez más, y paradójicamente, se caricaturiza y simplifica el enfoque conductual para, después, acusarlo de simplista. La teoría de la autodeterminación no es otra cosa que un producto de una moral particular y un análisis superficial de la conducta humana, cayendo en el error típico de los desarrollos cognitivistas: reificar los constructos inferidos que, en la habitual manera tautológica, son considerados la causa de los hechos que supuestamente corroboran su existencia.

5. MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

5.1 *Dos enfoques relacionados.*

En la clínica cognitivo-conductual actual están ganando relevancia estas dos aproximaciones coherentes entre sí aunque desarrolladas por separado. El modelo transteórico de cambio (MTC) de Prochaska y DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), inicialmente desarrollado para problemas de adicción, plantea que el cambio clínico de un cliente en terapia será función de o seguirá ciertas fases (precontemplativa, contemplativa, de preparación, de acción, de mantenimiento y de terminación). Por lo tanto, el quehacer clínico consistirá en evaluar en qué fase del proceso de cambio se encuentra el cliente y actuar de manera consecuente. Por su parte, el cliente iría pasando de una fase a otra siempre que el trabajo del clínico sirviera para modificar su percepción de las ventajas o desventajas de trabajar para el cambio y la percepción de su propia competencia para lograrlo, factores que definen la estadía en una u otra de las fases (Prochaska y Velicer, 1997). Este cambio, según los propios autores, no sería lineal, sino más parecido a una espiral: el cliente no progresa de manera continua atravesando las distintas etapas, sino que vuelve en ocasiones a la fase de precontemplación para de allí, se espera, continuar con un nuevo ciclo de cambio (Prochaska, Norcross y DiClemente, 2013). El modelo transteórico de cambio no sólo propone una forma de entender el cambio, sino de provocarlo en terapia. Según los autores, la terapia constaría de cinco procesos de cambio: tres serían verbales y supuestamente útiles durante las primeras fases del cambio (educación, catarsis y elección), mientras que los otros dos (estímulos condicionados y control contingencial) serían “terapias comportamentales” y se usarían una vez el compromiso del

cliente con el cambio es un hecho (Prochaska y DiClemente, 1982). No obstante, el uso principal del modelo transteórico de cambio sigue considerándose el supuesto beneficio que implica para mejorar y comprender la adhesión al tratamiento (Prochaska y Prochaska, 2014), y como “patrón” para entender, sobre todo, la evolución de los comportamientos adictivos en terapia (Ramo, Delucchi, Liu, Hall y Prochaska, 2014).

Por su parte, la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991) comparte el interés transteórico del MTC (además de su intención original: también fue desarrollado como una herramienta para intervenir en conducta adictiva, en este caso alcoholismo), aspirando a ser no una técnica o conjunto de técnicas a usar en terapia, sino un estilo de hacer clínica; un estilo basado en una directividad no confrontativa, enfocada a ayudar al cliente a resolver las ambivalencias en las que se encuentra. La labor del terapeuta consistiría en resaltar las discrepancias entre los valores y objetivos del cliente y sus conductas actuales, de manera que fuera el propio cliente el que acabaría generando planes de acción y comprometiéndose con ellos. La intervención del terapeuta, por lo tanto, acabaría en el momento en que el cliente asume ese compromiso con el cambio que él mismo configura.

En cuanto a cómo tiene que actuar el terapeuta en sesión para favorecer que este proceso se dé, se dan una serie de recomendaciones como resumir lo que el cliente dice, mostrar aceptación y aprecio hacia el cliente, destacando aquellas frases que pudiéramos considerar auto-motivantes que emita el cliente, además de tratar de aumentar la conciencia de este sobre las posibles consecuencias

negativas de la conducta problema (Levensky, 2003; Rollnick, Mason y Butler, 2000; Rollnick y Miller, 1995; Rotgers, 2004).

5.2 *Reflexión crítica.*

Ambos desarrollos, debido a las similitudes que presentan, coinciden también en gran parte de sus limitaciones. En lo que respecta al MTC, se ha criticado el hecho de que las pretendidas fases de motivación al cambio son absolutamente arbitrarias y con definiciones que no son exclusivas ni excluyentes ni resaltan diferencias cualitativas entre las fases, entre otras cosas (ver para más detalles Littell y Girvin, 2002; Sutton, 2001; West, 2005; Whitelaw, Baldwin, Bunton y Flynn, 2000; Wilson y Schlam, 2004). En cuanto a su aplicación como forma de evaluación, a pesar de ser pretendidamente útil como un paso previo a cualquier intervención, no parece mostrar gran valor predictivo, ni parece que ajustar el tratamiento posterior a la fase de cambio en la que esté el cliente suponga una mejoría frente a no hacerlo (Aveyard, Massey, Parsons, Griffin y Manaseki, 2009; Bridle et al., 2005; Riemsma et al., 2003). En cuanto a la entrevista motivacional, sí ha mostrado resultados –aunque discretos y probablemente dependientes del tipo de cliente que se esté tratando, según las revisiones (DiClemente, Nidecker y Bellack, 2008; Heather, 2005; Lebow, Nelly, Knobloch-Fedders y Moos, 2006; McCrady y Nathan, 2006; Rotgers, 2004).

En ambos casos, la motivación es entendida como algo interno al cliente, algo que *causa* la conducta manifiesta, y que puede ser conocido mediante ella. Por supuesto, estamos ante otro ejemplo de creación de un constructo hipotético

e inferencial al que se le da carta de existencia; de nuevo, una forma inapropiada de entender la motivación en general, pero especialmente en terapia, por la falta de garantías que conlleva este estatus de inferencial.

6. LA MOTIVACIÓN EN EL CONDUCTISMO

6.1 *Primeras aproximaciones: Skinner.*

Es obligado, en un trabajo enmarcado en el análisis de conducta, hacer referencia a la perspectiva de Skinner sobre la motivación. El carácter de oposición hacia los constructos inferidos y las explicaciones circulares que tuvo (y tiene) el conductismo encontraba un aparente escollo en la explicación de lo que comúnmente se llama “motivación”, un concepto que tradicionalmente ha sido tratado como algo que “está dentro” del organismo. Los teóricos del aprendizaje, como Hull (1943), utilizaron el término *drive*¹ para referirse a una tensión fisiológica que causaría la acción. Esta tensión fisiológica podría provenir de una necesidad que debe ser cubierta (una falta de agua, de comida u otro elemento esencial para la supervivencia), y el *drive* supondría un impulso, esto es, proporcionaría una energía para satisfacer esa necesidad. Skinner (1938) lo utilizó para hacer referencia a las diferencias que encontró en la respuesta al refuerzo entre individuos. Considerando insatisfactoria la explicación de que unas ratas “tendrían más hambre” que otras, por el carácter inferencial de lo que

¹ La traducción del término *drive* haciendo justicia a lo que los autores quieren transmitir es complicada: tal vez el término “impulso” sea el más cercano, con el inconveniente de que se solaparía con el significado de *impulse*. Posiblemente la traducción más correcta de *drive* sea, simplemente, “ganas”. No obstante, y por coherencia con la costumbre, mantendremos el término en inglés en este trabajo.

llamamos “hambre”, Skinner se centró en tratar de describir las variables u operaciones que afectarían o causarían esa variabilidad de respuesta ante el reforzador. Así, se centraría en estudiar cómo afectan fenómenos como la ingesta o el ayuno al comportamiento de comer, pero también cómo afectan otras condiciones previas a sus respectivos comportamientos (deprivación de agua, de movimiento...). Cuando Skinner hablaba de *drive*, lo hacía considerándolo un estado hipotético que mediaría entre las operaciones y los resultados (por ejemplo, entre la deprivación y la conducta de comer). Sin embargo, aclaraba que, dado que este eslabón no añadía nada a lo que se podía observar simplemente de la deprivación y la posterior conducta de comer, no era tampoco necesario introducirlo en una cadena explicativa. De hecho, más adelante (por ejemplo Skinner, 1957) Skinner acabaría por dejar de usar el término *drive* para pasar a referirse sencillamente a los procesos constatables por sí mismos que, en teoría, lo generarían (saciación, deprivación, etc.). Keller y Schoenfeld (1950) enfatizan, respecto al concepto de *drive* en la obra de Skinner, la idea de que la conducta no sólo es función del refuerzo que recibe, sino también de otras variables. Estos autores también sugieren que el término *drive*, o la motivación en sí misma, pueden ser definidos como la variación concomitante entre una operación realizada sobre el organismo o su entorno y su comportamiento, un punto en el que más adelante se mostraría de acuerdo Millenson (1967), al considerar que el *drive* era la relación entre una operación de establecimiento del reforzador y el valor reforzante de una clase particular de estímulos.

Como resumen de la posición de Skinner, y para entender desarrollos posteriores, resulta especialmente interesante un trabajo de Sundberg (2013) sobre las argumentaciones acerca de la motivación que se pueden extraer de Conducta Verbal –y de gran parte del resto de la obra de Skinner- a las que considera la fuente de inspiración de los posteriores desarrollos de Michael. En interés de la comodidad del lector expondremos aquí algunas de las ideas que consideramos de mayor relevancia para este trabajo:

- Skinner opina que gran parte de las operaciones motivadoras son eventos privados. En línea con su postura sobre ellos, añade que esto no significa que tengan que ser ignorados; simplemente que su cuantificación es mucho más complicada (o imposible), y que es el que los experimenta el que tiene una conexión más clara con lo que se está experimentando y cómo eso puede afectar a su comportamiento. Así el dolor, el hambre, el frío, el cansancio... Son operaciones motivadoras (o el correlato verbal o resultado de una operación motivadora) cuya magnitud es difícil de medir, pero sin cuyo análisis se dificulta considerablemente la comprensión del comportamiento de las personas.
- Tanto Skinner (1938) como Keller y Schoenfeld (1950) aclaran que el tipo de control que ejercen las operaciones motivadoras sobre la conducta no es el mismo que el control antecedente que pueden ejercer los estímulos condicionados, incondicionados o discriminativos. Se cita como un ejemplo paradigmático la diferencia entre el mando y el resto de operantes verbales, en tanto que el mando estaría sujeto a control por parte de

condiciones de privación o estimulación aversiva en lugar de a estímulos previos. De la misma manera, destaca Skinner que la estimulación aversiva que antecede a una conducta no debe confundirse con el castigo, a pesar de que se puedan usar estímulos similares. Esto también implicaría, por lo tanto, que las conductas de escape y evitación no están controladas por estímulos discriminativos, sino por operaciones motivadoras. Más adelante volveremos sobre esta diferencia entre las operaciones motivadoras y el control antecedente.

- Gran parte de lo que se llama comúnmente “emociones” incluyen alguna forma de operación motivadora. Hay que resaltar en este punto que Skinner consideraba que lo que se llama a pie de calle “emoción” no es un solo tipo de proceso; antes bien, podemos llamar emoción tanto al resultado de un condicionamiento clásico como a una operante concreta, como a los correlatos glandulares y de musculatura lisa habitualmente asociados con ellas. En cualquiera de estos casos, una emoción determinada u otra llevarán a una mayor probabilidad de ocurrencia de una conducta u otra. Por ejemplo, el conjunto de respuestas condicionadas y operantes que conformarían lo que habitualmente llamaríamos “estar enfadado” harían más probable que la agresión física o verbal ocurrieran. Lo mismo puede decirse de la tristeza, la alegría o el asco, por ejemplo.
- A lo largo de Conducta Verbal, y de la obra de Skinner en general, queda implícito el hecho de que las operaciones motivadoras forman parte de una contingencia de cuatro términos: los estímulos discriminativos, la

respuesta y la estimulación consecuente pueden requerir de unas ciertas condiciones de privación, saciación o cualquier otra condición -que sería una operación motivadora- para ocurrir de una forma concreta o simplemente para ocurrir.

- Las operaciones motivadoras pueden superar o invalidar los estímulos discriminativos habituales. El ejemplo que Sundberg propone sería una gran necesidad de orinar, que puede hacer que los estímulos que normalmente controlarían esa conducta dejen de funcionar por la simple necesidad de cumplir con las demandas fisiológicas. Esta operación motivadora pasaría a dominar todo el repertorio conductual de la persona, independientemente de otras fuentes de control (antecedente o procedente de operaciones motivadoras).
- Las operaciones motivadoras pueden manipularse de manera independiente para conseguir efectos sobre la conducta a modificar. Desde los consabidos efectos de la privación hasta, siguiendo el ejemplo de Skinner, cosas más abstractas como la vergüenza o la culpa.

En definitiva, como en tantas otras cosas, Skinner puso unos cimientos sólidos sobre los que, más adelante, se irían añadiendo teorías posteriores. Si bien, como veremos a continuación, el hecho de que Skinner considerase el efecto reforzador como independiente del efecto placentero de un estímulo le valió bastantes críticas, es indudable su valor como referente y base en torno –o en reacción- a la cual se articulan prácticamente todas las propuestas posteriores.

6.2 *El conductismo psicológico.*

La propuesta del conductismo psicológico merece, en el contexto del estudio de la motivación desde el análisis aplicado de conducta, cierta atención por su divergencia de la propuesta skinneriana y por la explicación que da al efecto reforzador con base en las propiedades evocadoras de emociones de los estímulos.

6.2.1 *El modelo de Staats.*

Según Staats (1975/1979, 1997), la definición de reforzador basada en su efecto sobre la conducta es circular. Por esto mismo, él propone una alternativa y define al reforzador con base en su capacidad de generar respuestas emocionales (positivas y negativas). El hecho de que algunos estímulos si se administran de forma contingente a la ocurrencia de una conducta aumenten su frecuencia -o cualquier otro parámetro- sería función de que el estímulo que la sigue sea positivo, esto es, genere una emoción agradable. Si la emoción que genera es desagradable, se consideraría un reforzador negativo, que haría que la conducta a la que sigue fuera menos frecuente. Se puede observar aquí una discrepancia con la nomenclatura habitual, skinneriana, que consideraría a un reforzador positivo o negativo según la variación de estimulación que supusiera, y no según el efecto sobre las emociones o “cómo hiciera sentir” al sujeto estimulado. Esta discrepancia es aún hoy día fuente de una confusión patente, entre otras cosas, en los productos culturales americanos, en los que es común ver cómo un estímulo

que está a todas luces funcionando como castigo positivo se define como “reforzador negativo”. Es pertinente señalar aquí que no es que Staats no considerase el fenómeno del castigo o el reforzamiento negativos: para él, retirar un reforzador positivo debilita la respuesta (es decir, funciona como castigo negativo), mientras que retirar un reforzador negativo fortalece la respuesta (o lo que es lo mismo, funciona como refuerzo negativo). La fuente de la confusión está en que en la terminología de Staats, poner a algo el apellido “positivo” o “negativo” no hace referencia a la *función* que tiene ni a cómo afecta la conducta, ni tampoco a la variación en estimulación que supone *para el sujeto*, sino a las propiedades afectivas del propio estímulo en sí.

La emoción tiene, por lo tanto, una importancia central en el conductismo psicológico de Staats, aunque para Skinner fuera casi un epifenómeno. Staats apoya su idea de la importancia de la emoción en el papel reforzador de los estímulos en la proximidad entre las áreas cerebrales supuestamente responsables de las emociones y las del efecto reforzador (Staats y Eifert, 1990), y argumenta que es claro el valor adaptativo –en un sentido evolutivo– que tendría el que los estímulos con relevancia para nuestra supervivencia como especie adquirieran la capacidad, evolución mediante, de generar en nosotros emociones que, a su vez, pudieran modificar el comportamiento de manera que nos alejáramos de los estímulos potencialmente peligrosos y nos acercáramos a los beneficiosos. Estos estímulos moldearían nuestro comportamiento tanto a través del condicionamiento clásico como del instrumental, pudiendo ejercer una función tanto de condicionar un estímulo inicialmente neutro por emparejamiento con él

como de servir de reforzador, como de tener un papel directivo (es decir, discriminativo).

Como es propio de un enfoque que presta tanta atención a la emoción, Staats se ocupa también de los correlatos fisiológicos de la emoción, distinguiendo entre respuestas emocionales centrales (esto es, cerebrales) y periféricas (somáticas) (Staats, 1975/1979, 1997; Staats y Eifert, 1990). Estas últimas no tienen por qué darse en todos los casos, dependiendo su ocurrencia e intensidad de la intensidad de la emoción que haya provocado el estímulo. Por su parte, las respuestas emocionales centrales sí ocurrirían siempre. También considera cuestiones fisiológicas para la división de las emociones en la otra dimensión que plantea (positivas *versus* negativas), proponiendo que las emociones negativas tienen en común entre sí la respuesta emocional central aunque difieran en las periféricas, ocurriendo lo mismo para las positivas.

6.2.2 *Las tres funciones.*

Como se ha señalado anteriormente, para Staats los estímulos pueden cumplir tres funciones: de estímulo condicionado (actitudinal), de reforzador o de discriminativo. Estas tres características o funciones de los estímulos se expresan en las siglas A-R-D (por los componentes actitudinal, reforzador y discriminativo) del estímulo. Cualquier estímulo que tenga un potencial emocional, es decir, una carga actitudinal, podrá funcionar como refuerzo, sea positivo o negativo (como decíamos anteriormente, solo estos dos tipos de estímulo se tienen en cuenta en la nomenclatura de Staats).

La función actitudinal puede darse con o sin aprendizaje previo. Los estímulos correspondientes a posibles peligros para la integridad o la supervivencia del individuo, por ejemplo, provocarían sin aprendizaje previo una respuesta emocional. Por su parte, el carácter de la función reforzadora (positiva o negativa) dependerá a su vez del carácter de la emoción (positiva o negativa). A este respecto, Finley y Staats (1967) encuentran que las palabras que fortalecen una respuesta son aquellas que han sido consideradas previamente como elicitoras de emociones positivas, mientras que las que provocaban emociones negativas debilitan las respuestas a las que siguen. Por último, la función de estímulo directivo o incentivo será una consecuencia de una historia de aprendizaje en la que la presencia de ese estímulo ha significado que, si el organismo se acerca a él, experimenta una emoción positiva. Esto instauraría respuestas de acercamiento; así, se considera que la función directiva es siempre aprendida. Además, Staats (1975/1979, 1997) resalta que, al darse las respuestas en presencia de un estímulo con la capacidad de generar emociones positivas, también el discriminativo se condiciona como generador de emociones positivas. De esta manera, la conducta queda bajo control de las propias respuestas emocionales del sujeto; según Staats esto supone que cuando se condiciona de manera clásica una respuesta emocional a un estímulo también se está aumentando el potencial evocador de la conducta manifiesta dirigida a la obtención del reforzador que ese estímulo pueda tener o adquirir.

6.2.3 *Las tres funciones y la motivación*

Como se ha señalado anteriormente, la primera de las tres funciones (la actitudinal) está fundamentalmente relacionada con el condicionamiento clásico. Los estudios realizados al respecto, que relacionan, en general, privación de comida con respuesta ante estímulos incondicionados (ver Finch, 1938, para un estudio con animales) o condicionados (Staats y Hammond, 1972; Staats, Minke, Martin y Higa, 1972), obteniendo resultados interesantes: la privación de comida hace que tanto su propia presentación como estímulo como (y esto es crucial) la presentación de estímulos condicionados por contigüidad con la comida como estímulo incondicionado aumentan la intensidad de la respuesta condicionada (salivación, en este caso).

En lo que respecta a la segunda y tercera función, relacionadas con el condicionamiento instrumental, los estudios recogidos por Staats (1997) muestran más velocidad de aprendizaje, menos errores y más tasa de respuesta en los animales que han sido privados de comida en tareas que la obtienen como reforzador. Esto, según Staats (1975/1979), también explicaría por qué la tasa de respuesta de pulsar una palanca reforzada por comida aumenta a medida que se priva al animal: la privación estaría convirtiendo a la comida en cada vez más reforzante. El estudio de Harms y Staats (1978) revela que el mismo efecto se puede obtener con humanos. Por supuesto, esta privación también aumentaría la potencia directiva (la tercera función) de los estímulos; en un estudio de Staats y Warren (1974), se encontró que las personas privadas de comida aprendían más rápidamente conductas de acercamiento a palabras

relacionadas con comida que una de alejamiento de ellas, y también más rápido que los sujetos saciados.

6.2.4 Reflexión crítica

La propuesta de Staats cuenta con una solidez en algunos aspectos con la que no cuentan teorías posteriores como la de Michael. Por ejemplo, establece claramente un mecanismo de interrelación entre el condicionamiento clásico y el instrumental, sin ignorar aquel (como, según sus críticos, haría después Michael). Este mecanismo sería a través de la intensidad de la emoción evocada por el estímulo condicionado, que a su vez influiría en la potencia discriminativa de los estímulos que han sido previamente reforzados con ese estímulo y en la tasa o intensidad de la respuesta. Esto, además, supone un enlace entre el efecto placentero y el efecto reforzante de un estímulo, dado que no son considerados dos aspectos independientes, sino uno sólo. Staats también mantiene el esquema de la contingencia de tres términos, siendo su teoría no tanto rupturista con el análisis aplicado de conducta como un “añadido” que viene a solventar lo que en opinión de Staats y otros (Powell, 1987; Staats, 1988) era la carencia principal del desarrollo de Skinner: cómo ignoraba o minimizaba el efecto emocional de los estímulos, aunque llegase a admitir la existencia del efecto placentero del reforzador (Skinner, 1986).

Usar la emoción como clave en el aprendizaje y en la motivación permite proponer también una explicación acerca de por qué afecta la motivación al aprendizaje, no teniendo que limitarse a la constatación de los resultados que una

tiene sobre el otro. Igualmente permite tener en cuenta la reversibilidad del proceso: una vez la privación deja de existir, las tres funciones volverían a su estado previo (Staats 1975/1979). Además, es innegable que parece razonable explicarse la importancia de la emoción en la conducta basándose en lo adaptativo que resultaría a nivel de especie el contar con un mecanismo que facilite o dirija el aprendizaje de manera que se aumenten las probabilidades de supervivencia del organismo.

Sin embargo, también hay áreas problemáticas e inconvenientes claros en la propuesta del conductismo psicológico. Por ejemplo, y de forma crucial, pese a ser nominalmente una teoría “de las emociones”, su exposición es poco clara y aporta poco en este campo. La medida de las respuestas emocionales centrales es problemática (Baron y Galizio, 2006) y en muchos casos inferencial, algo que el propio autor reconoce. Dado que no se puede medir directamente, se recurre a autoinformes (manifiestamente insuficientes), o a medidas indirectas como expresiones faciales y demás, que evidentemente no permiten concluir la existencia de una respuesta emocional central sin un considerable salto inferencial (Staats y Eifert, 1990). Esto es extraordinariamente grave para la teoría: su puntal, su base, son las emociones como fenómeno central que, recordemos, es la responsable última de las respuestas manifiestas. Así pues, Staats estará cayendo en un tipo de dualismo en el que sería un fenómeno biológico inobservable (la respuesta emocional central) el que *causaría* la conducta manifiesta. La diferencia entre esto y el mentalismo tradicional es prácticamente decorativa.

La misma crítica por lo inferencial del planteamiento se puede hacer a la idea de que es la carga emocional de un estímulo lo que provoca el aumento de su potencial reforzador o directivo, especialmente habida cuenta de que, para medir la función actitudinal de los estímulos, los estudios de Staats pedían a los participantes que informaran sobre su reacción emocional ante ellos. Es una muestra más de la simplicidad que se achaca a los trabajos experimentales de Staats, extensible tanto a los estímulos utilizados como a las respuestas demandadas de los participantes.

Existe un problema adicional, que es la confusión terminológica: Staats habla de las emociones indistintamente como respuestas y como estímulos, dificultando la comprensión de lo que expone. Además, y como se ha mencionado anteriormente, su forma de hablar de reforzadores positivos y negativos no según la variación de estimulación que suponen, como es generalmente aceptado en el análisis aplicado de conducta, sino según el efecto actitudinal o emocional que puedan tener no solo enturbia una clasificación que era innecesario alterar, sino que la acerca a una concepción más propia de la psicología popular (equiparando en cierto sentido “positivo” con “bueno” y “negativo” con “malo”).

6.2.5 La propuesta de Carrasco

Por su similitud con la posición de Staats, hacemos aquí referencia brevemente a una propuesta alternativa y frontalmente opuesta a la operación de establecimiento, a la que aludiremos en el siguiente apartado.

Carrasco (2008) y Carrasco, Virués, Adame y Torre (2008) formulan su propuesta también basándose en las emociones como motor principal de la conducta. Su punto de vista es que no es tanto la operación que se realiza en sí la que afecta a la conducta (por ejemplo, privar de agua a un organismo), sino el correlato emocional de esta operación; la condición emocional negativa que el organismo experimenta. Es por esto que estos autores preferirían usar la expresión “sed” que “deprivación de agua”, dado que hace referencia a un estado emocional negativo que, como decimos, sería el responsable del cambio en la conducta. Por supuesto, para estos autores es de una importancia capital el desarrollar instrumentos y formas de medida de la reacción emocional que permitan saber a ciencia cierta cuándo ocurre esta y con qué intensidad.

Siendo las emociones, por lo tanto, el punto central de la propuesta de estos autores, resulta poco sorprendente que adopten una terminología análoga o muy similar a la adoptada por Staats en su conductismo psicológico a la hora de clasificar los estímulos. En efecto, para Carrasco un estímulo sería positivo o negativo no según la variación de estimulación que implicase para el organismo, sino según la emoción que genera en este fuera positiva o negativa. Así, un reforzador negativo sería, igual que ocurría con Staats, aquel que, cuando se retira, provoca un aumento de la respuesta en sus parámetros. Por lo tanto, la

intensidad de la respuesta que se originaría dependería, entre otras cosas, de la intensidad de la emoción generada (Carrasco, 2008).

Los autores hacen un hincapié especial en la privación, aunque no en términos de la desaparición o no disponibilidad de un estímulo, sino de la condición corporal negativa producida por la falta de acceso a respuesta emocional positiva que generaría la exposición al reforzador. Además, remarcan que para que exista deprivación tiene que haber una exposición o autoexposición al reforzador sin que sobre este haya operado un “proceso de olvido” (Carrasco, 2008).

También hacen los autores aquí un enlace con la habituación: dado que la intensidad de la reacción emocional positiva que genera la exposición a un reforzador se ve afectada por cualquier proceso de habituación que exista, y que la intensidad de la emoción negativa producida por la privación del reforzador es proporcional a la intensidad de la emoción positiva que provocaría su exposición, se sigue que a mayor habituación a un reforzador, menor reacción emocional negativa ocurrirá si se comienza un proceso de privación.

En lo que respecta al efecto modificador de la conducta (el efecto sobre esta o sobre los estímulos discriminativos del entorno), los autores no han desarrollado aún su propuesta. Sin embargo, sí muestran un claro rechazo al concepto de estímulo discriminativo manejado por los defensores de la operación de establecimiento, considerando de acuerdo con Skinner (1953) que lo único que hace falta para que un estímulo sea considerado discriminativo es que en su presencia la conducta sea reforzada. Tampoco creen que el segundo requisito que

plantean Michael (1993) y Smith e Iwata (1997) sea aplicable en todos los casos. Aunque más adelante nos detendremos en este punto, estos últimos autores consideran que para que un estímulo sea considerado discriminativo, tiene que haber un estímulo delta en cuya presencia la conducta no es reforzada, pero –y esta es la clave–, si lo fuera, el reforzador sería efectivo. Estos autores defienden que el discriminativo está relacionado con la disponibilidad diferencial de un refuerzo y no con su efectividad como refuerzo, cosa que competiría a una operación de establecimiento. Lo que Carrasco (2008) argumenta es que esa lógica no es aplicable a aquellos discriminativos que sean estímulos aversivos que condicionan su propia desaparición como reforzador; tanto Michael como Smith e Iwata estarían de acuerdo, pero porque no considerarían a esa estimulación aversiva que precede a la conducta como un discriminativo.

La propuesta es muy similar a la de Staats, por lo que comparte en gran medida sus puntos positivos y negativos. Por ejemplo, consideramos que el tener en cuenta las emociones como una parte de la causa de la conducta (como ya habían hecho otros autores –ver Killeen, 2008) es positivo, al igual que lo es proporcionar un puente entre el condicionamiento clásico y el operante. Además, daría cuenta de aquellas situaciones en las que un mismo estado de privación para dos organismos no afectaría de la misma manera a su ejecución de la conducta, dado que uno de los organismos podría tener una reacción emocional más intensa que el otro, y sería esta reacción emocional y no la privación en sí lo que causaría la variación en la conducta.

Por supuesto, el principal problema de esta propuesta es el mismo que presentaba la de Staats: la dificultad de medir adecuadamente la respuesta emocional. A pesar de que los autores lo consideren primordial, la verdad es que, hoy por hoy, sigue siendo un recurso a una entidad que no se puede medir ni relacionar de forma adecuada con la conducta manifiesta. Además, podría ocurrir que, en niveles muy bajos de privación, existiera un efecto sobre la conducta pero el sujeto no experimentase ninguna emoción. El propio Skinner (1953) la privación afecta a la conducta, sienta algo o no el organismo. Poling (2001) defiende algo similar, pero en el campo de las drogas. La defensa que quedaría para la propuesta de Carrasco, en este caso, sería considerar que hay algún componente de la emoción que el propio organismo no “siente” pero que afecta a su ejecución; algo que, evidentemente, estaría obstaculizando el estudio de la emoción al ponerla (o a alguno de sus componentes) fuera del alcance de lo mensurable, por no hablar de que convertiría en irrelevante el empeño de la teoría por poner la emoción “que se siente” como puntal de la motivación, si considerase que hay una “emoción que no se siente” y que también modifica la conducta.

En una línea similar, Tonneau (1993, 2000, 2001, 2004) plantea un mecanismo por el que el condicionamiento clásico o pavloviano y el operante pudieran estar relacionados. Basándose en un gran número de estudios experimentales, Tonneau desarrolla la idea de que la transferencia funcional (mediante la que un estímulo adquiere todos o algunos de los efectos de otro sobre la conducta) ocurre cuando hay contingencia entre ellos, esto es: un

emparejamiento o correlación entre los estímulos. Esto, como se deduce fácilmente y el propio autor remarca (ver, por ejemplo, Tonneau, 1993) es el mecanismo por el que se da el condicionamiento clásico o pavloviano.

Uno de los aspectos más interesantes de esta propuesta es que postula una explicación potencial para aquellos casos en los cuales una palabra (o símbolo, dibujo, imagen...) tuviese los mismos efectos sobre la conducta que aquello que designa, con las obvias limitaciones impuestas por las variables del estímulo o del contexto (Tonneau, 2004). Esto es relevante para nuestra investigación, porque sugiere una forma mediante la cual un cliente durante un proceso terapéutico pudiera aprender a reaccionar ante un estímulo real de la misma manera que reacciona ante la palabra que lo designa; por ejemplo, una persona con miedo a las arañas puede aprender nuevas formas de enfrentarse a ellas si se entrenan, en sesión, nuevas relaciones de contingencia entre la palabra “araña”, un conjunto posible de respuestas (por ejemplo, exponerse) y la especificación verbal de un refuerzo a obtener (por ejemplo, estar tranquilo). Esto es, en concreto, enormemente importante si hablamos de motivación en terapia porque lo que estaríamos diciendo, esencialmente, es que al hablar de los beneficios que se obtendrán de seguir el tratamiento (o los inconvenientes de no seguirlo), estaríamos exponiendo al cliente a ellos y, por lo tanto, generando una contingencia verbal que está efectivamente modificando el comportamiento del cliente ante el estímulo (o complejo estimular) designado por las palabras que usamos.

6.3 *La operación de establecimiento*

Inspirándose en los planteamientos de Skinner (1953) con su concepto de *drive* y de Kantor (1970) con su visión interconductista y centrada en las variables disposicionales (equivalentes en gran parte a los factores disposicionales de Bijou y Baer(1961, 1978), Michael (1982, 1993) propone la operación de establecimiento como forma de incluir las variables disposicionales tradicionalmente consideradas como motivadoras en el análisis de la conducta.

De los planteamientos de Skinner toma el rechazo a inferir causas internas de la conducta, a incluir términos como “deseos” o “necesidades” que, lejos de aclarar el análisis, lo enturbian proporcionando pseudoexplicaciones tautológicas. Por otra parte, toma de Kantor y el interconductismo la apelación a factores fuera de la cadena E-R-E que, aunque no formen parte de ella en un sentido funcional, sí la modulan en sus parámetros.

6.3.1 *Una nueva aproximación*

El motivo por el que Michael elige acuñar un nuevo término es que considera que distintos factores pueden tener un efecto muy similar sobre aquella conducta a la que preceden, aun siendo muy diferentes entre sí (Michael, 1982). Un ejemplo típico sería la privación de agua: mientras que los efectos que esta privación sobre la conducta son bien conocidos, muchas otras operaciones podrían tener un efecto muy similar (por ejemplo, la ingesta de sal) sin ser parecidas de otra manera. Esto –la existencia de un proceso subyacente común a

ambas operaciones- justificaría la creación de una categoría que pudiera incluirlas tomando como base no su modalidad estimular o el procedimiento mecánico necesario para que se den, sino su efecto sobre los tres términos de la contingencia. Además, se abordaría así el hecho de que muchas de estas operaciones tienen un efecto sobre una gran variedad de conductas, de la misma manera que una conducta en concreto puede verse afectada por varias operaciones de establecimiento simultáneamente.

Teniendo esto en cuenta, Michael define “operación de establecimiento” como un evento ambiental, operación o condición estimular que afecta a un organismo alterando momentáneamente la efectividad como reforzador de ciertos estímulos y la frecuencia de ocurrencia de aquellas respuestas del organismo que previamente han llevado a la consecución de ese reforzador. Si bien el término está tomado de Keller y Schoenfeld (1950, 1975), es Michael quien lo desarrolla en mayor detalle, proponiendo no sólo el concepto de manera descriptiva, sino también una explicación de cuál es el mecanismo a través del cual funciona y mediante el que afecta a la respuesta. Este mecanismo tendría un doble funcionamiento, ya implícito en la definición: por una parte, se hablaría de un efecto de establecimiento del reforzador; por otra, de un efecto evocador. La privación de agua (por ejemplo) sería una operación de establecimiento que aumentaría el valor reforzador de la ingesta de líquido y también la frecuencia de las conductas que habitualmente han sido reforzadas con agua a través del aumento en el potencial evocador de los discriminativos del ambiente. Por ejemplo, tras la privación de agua, la presencia de un grifo funcionará con mucha

mayor probabilidad como un discriminativo de una respuesta de acercamiento que si se ha ingerido agua recientemente.

El término de “operación de establecimiento” en el planteamiento original de Michael hacía referencia tanto al efecto de establecimiento (aumento de valor del consecuente, aumento de capacidad de evocación del discriminativo) como al de abolición (disminución del valor del consecuente, disminución de la capacidad de evocación del discriminativo); sin embargo, en 2003 Michael y su equipo consideran necesario entrar en mayor detalle en cuanto a la denominación de las operaciones, y explicitan la diferencia entre operaciones de establecimiento y de abolición, siendo la categoría general que engloba a ambas la operación motivadora (Laraway, Snyckerski, Michael y Poling, 2003). De esto se sigue, igualmente, la modificación del nombre de los dos efectos de la OE; el efecto de establecimiento del reforzador pasaría a denominarse efecto modificador del valor para dar cuenta del hecho de que engloba tanto a establecimiento como a abolición de los consecuentes, sean estos refuerzos o castigos. En detalle, por lo tanto, estaríamos ante cuatro posibilidades distintas (establecimiento del refuerzo, abolición del refuerzo, establecimiento del castigo y abolición del castigo) merecedoras de su propia categoría dentro del término general de efecto modificador del valor. Cada una de estas categorías de modificación daría nombre, según Laraway et al. (2003) a su correspondiente operación motivadora.

De la misma manera, el efecto evocador se precisa más y adquiere la forma general de efecto modificador de la conducta. Las categorías que describen

la forma concreta en que modifica la conducta reciben los nombres de efecto evocador y de abatimiento, según aumenten o disminuyan las respuestas.

En cuanto a la forma en la que ocurren ambos efectos, Michael recalca en sus publicaciones que son efectos simultáneos pero independientes. Es decir, aunque el organismo estuviera entrando en contacto con el reforzador en el mismo momento en que se está dando una operación de establecimiento, el efecto que ambos factores tienen sobre la respuesta en sus parámetros es independiente. Laraway et al. (2003) citan como prueba de esto los estudios en los que se somete a extinción una conducta previamente reforzada de una manera concreta, con distintos niveles de privación. El hecho de que haya diferencias en la tasa de respuesta inicial y en la curva de extinción entre diferentes programas de refuerzo y privación apoya la idea de que el efecto modificador de la respuesta está entrando en juego sin necesidad de contacto con el reforzador (Michael, 2000). El hecho de que algunos animales suficientemente privados de comida comiencen a realizar comportamientos no aprendidos previamente parece también un apoyo para esta idea (Pear, 2001): si no han sido reforzados previamente no cabría esperar su aparición salvo por el que la privación de comida tuviera un efecto evocador sobre ciertas respuestas que se espera que obtengan como resultado aquel estímulo del cual el organismo está privado.

Olson, Laraway y Austin (2001) incluso llegan a precisar que ambos efectos no son completamente simultáneos: postulan que el efecto evocador es previo en cierto sentido al efecto de modificación del valor. Decimos previo “en cierto sentido”, porque lo que hace a los autores llegar a una distinción temporal

entre ambos es que, en su opinión, el efecto evocador sería visible en la tasa observada en el momento de la respuesta, mientras que el efecto de establecimiento del reforzador sería observable en la tasa de ocurrencia futura de la respuesta.

6.3.2 *Explicaciones para los dos efectos*

En lo que respecta al efecto evocador, Laraway et al. (2003) consideran que ejerce su función a través de dos factores: en primer lugar, el efecto que pueda tener la OE sobre la conducta directamente; en segundo lugar, aumentando la efectividad de los discriminativos que evocan conductas que han sido previamente seguidas del reforzador relevante (por ejemplo, y en el caso de la privación de alimentos, aquellas que han recibido en el pasado comida o estímulos condicionados con comida como refuerzo). De esta manera, las OEs ejercerían su influencia sobre los discriminativos posibilitando en primer lugar que se dé un proceso de discriminación (imposible si no hay una presentación diferencial de refuerzos), y en segundo lugar modulando la efectividad del control ejercido por los discriminativos previamente aprendidos.

Originalmente, Michael (1993) añadía un tercer factor: el propio aumento en frecuencia de todas las conductas que han sido reforzadas con el estímulo relevante o con aquellos condicionados con él.

6.3.3 Tipos de operaciones motivadoras.

Con el objetivo de clarificar o proponer un proceso por el que ciertos estímulos han llegado a tener un potencial motivador, Michael (1993) propone una clasificación exhaustiva de las diferentes operaciones motivadoras. A continuación detallaremos esa clasificación inicial, dejando para más adelante una reflexión crítica acerca de su pertinencia o ajuste a la evidencia.

6.3.3.1 Operaciones de establecimiento incondicionadas (OEIs):

Dentro de esta categoría entrarían, según Michael, aquellas operaciones de establecimiento cuyo efecto de establecimiento del reforzador es no aprendido. Esto significa que ese potencial modificador no ha sido aprendido o adquirido a lo largo de una historia de aprendizaje, sino que depende del desarrollo filogenético de la especie. Así, en esta categoría tendrían cabida aquellas operaciones que alteren el valor reforzante de reforzadores primarios (o incondicionados) como la comida, la ingesta de líquidos, el descanso o la estimulación sexual. Merece la pena destacar que el que la operación de establecimiento sea incondicionada no significa que la respuesta que se vaya a evocar o cuya probabilidad de ocurrencia aumente sea también incondicionada; la OEI afectará al valor de refuerzo que tenga un estímulo incondicionado, pero la conducta encaminada a obtenerlo puede ser (y de hecho será en una gran proporción de casos) aprendida.

Ejemplos típicos de estas operaciones serían la privación y la saciación, el agotamiento, cambios de temperatura y variables relacionadas con el sexo, entre otros.

6.3.3.2 Operaciones de establecimiento condicionadas (OECs):

Estas operaciones de establecimiento ejercerían su función tanto sobre el valor del reforzador como sobre la frecuencia de las conductas previamente reforzadas o castigadas por ese estímulo en concreto, pero única y exclusivamente porque han sido aprendidas a lo largo de la historia de aprendizaje propia del organismo; previamente a condicionarse a un estímulo u operación eran motivacionalmente neutras.

Dentro de la categoría de OEC, Michael propone tres subcategorías para dar cuenta de las distintas maneras en las que esta clase particular de operación de establecimiento puede adquirir o ejercer su función.

-OEC sustituta: según Michael (1993), cuando una OE se empareja sistemáticamente con una OEI u otra OEC, acaba adquiriendo el valor motivador de esta. Michael señala que este efecto debe distinguirse del de un elicitor condicionado, aunque no da realmente una base para hacer esta distinción, refugiándose en que la evidencia es “difusa”.

-OEC reflexiva: es aquella que afecta a su propia función motivadora (McGill, 1999), condicionando su desaparición como refuerzo o castigo. Usando los conceptos de empeoramiento y de mejora de las condiciones actuales del organismo cuyo comportamiento se esté analizando, Michael (1993) propone que

los estímulos que sistemáticamente precedan a un empeoramiento (y cuya interrupción signifique que ese empeoramiento no se dará, claro está) establecerán su propia terminación como reforzante, a la vez que evocarán cualquier conducta que en el pasado haya sido seguida de esa misma terminación. Los que preceden a una mejora, por el contrario, establecerán su propio final como un castigo –siempre que esa interrupción implique que la mejora de condiciones no se dará- y tendrán un efecto de abatimiento sobre las conductas seguidas de su interrupción.

-OEC transitiva: son aquellas en cuya presencia la función reforzante o de castigo de un consecuente previamente condicionado se ven alteradas (McGill, 1999). El ejemplo que tanto McGill como Michael (1993) utilizan es el del electricista que encuentra un tornillo que necesita retirar: la presencia del tornillo no tiene ningún efecto sobre la disponibilidad de un destornillador (por lo que la relación no es discriminativa), pero sí convierte al destornillador en más reforzante de lo que sería en otras circunstancias (por lo que la relación es, en palabras de McGill, motivadora).

Estas dos últimas categorías podrían extenderse a las OEI, según Michael propone en una publicación posterior (Michael, 2000).

6.3.4 La distinción OE-E^d

El concepto de OE y, sobre todo, los corolarios que se pueden extraer de su inclusión en el análisis de conducta, presentan una complejidad que hace inevitable el surgimiento de puntos de fricción con el conjunto de conceptos

utilizados de manera tradicional. Por su especial relevancia para el tema del presente trabajo, entraremos en detalles acerca de la precisión que hace Michael en cuanto a la diferencia entre una OE y un estímulo discriminativo, particularmente en el caso de la estimulación aversiva que precede a la ejecución de una respuesta. Según la argumentación de Michael (1982), un estímulo discriminativo está correlacionado con la disponibilidad diferencial de un reforzador, no con su efectividad diferencial; esta propiedad correspondería en realidad a las operaciones de establecimiento como modificadores del valor de un consecuente. Tomando un ejemplo: ante una condición estimular aversiva como, por ejemplo, un nivel de ruido ambiental elevado, una posible respuesta reforzada negativamente sería taparse los oídos. La disminución de ruido podría funcionar como un reforzador, pero que sólo sería tal en presencia de la estimulación elevada previa. Es decir, aunque la reducción de estimulación se administrara previamente no tendría un valor reforzador en sí misma. Lo que distingue al discriminativo no es esta efectividad diferencial, sino el hecho de que, si se administrara el reforzador, sería efectivo; simplemente no está disponible si el discriminativo no está presente (Michael, 2000). Puede hablarse, además, de algo aún más determinante: como señalan Smith e Iwata (1997), la presentación de una estimulación aversiva no está correlacionada de ninguna manera con la posibilidad de eliminarla. Así, por ejemplo, sufrir un dolor de cabeza jamás podría ser discriminativo de ninguna respuesta destinada a reducirlo, sino una operación de establecimiento incondicionada refleja en tanto que condiciona su propia desaparición como estímulo reforzador y aumenta la

probabilidad de ocurrencia de las conductas que han sido previamente seguidas de esa disminución. Por lo tanto, y según las clasificaciones anteriormente mencionadas, una estimulación aversiva como un choque eléctrico sería una operación de establecimiento incondicionada refleja respecto a la conducta que será seguida de su interrupción (dado que convierte esta desaparición en reforzante sin que para que esto ocurra sea necesario un aprendizaje previo), y una operación de establecimiento condicionada transitiva para la búsqueda de discriminativos de la conducta previa (dado que convierte el encontrar esos discriminativos en reforzante). Así, por ejemplo, si la conducta que lleva a la interrupción del choque es el uso de una palanca, respecto a esta conducta el choque será una OEIR (operación de establecimiento incondicionada refleja), mientras que convierte la propia visión de (y acercamiento a) la palanca en reforzante en virtud de sus propiedades como OECT (operación de establecimiento condicionada transitiva).

6.3.5 Acogida de la OE.

La propuesta de Michael en sus sucesivas formulaciones ha resultado ser uno de los planteamientos más populares dentro del análisis de conducta de las últimas décadas. Aunque muestra carencias teóricas importantes –a las que más adelante dedicaremos atención–, la teoría ha sido citada en un gran número de ocasiones e investigaciones en revista del calado de JABA (Iwata, Smith y Michael, 2000) y se la ha considerado merecedora incluso de dos números especiales de JABA (1997 y 2000) y uno de *The Behavior Analyst* (1993). Sus

desarrollos, además, han sido extendidos a aplicaciones diversas dentro del campo de la psicología aplicada, desde entornos laborales (Baum, 2001; Malott, 2001; Olson, Laraway y Austin, 2001; Poling, 2001) hasta educativos (por ejemplo Carter y Driscoll, 2007).

Aparte del avance que supone poder incluir el estudio de las variables motivadoras de una forma totalmente coherente con el análisis de conducta, y las ventajas que se derivan para la aplicación práctica de este planteamiento, muchos autores consideran a la operación de establecimiento propuesta por Michael como la forma más completa y exhaustiva de tratar esas variables moduladoras que, siendo tan tremendamente importantes en la ejecución final de una respuesta y su permanencia en el acervo conductual de un organismo, parecían mantenerse alejadas de la investigación e incluidas, de forma casi irrevocable, dentro de los programas de otras corrientes teóricas que partían de constructos “internos” (cognitivos) inferidos para explicarlas. Además, se consideraba generalmente que tanto Skinner como Kantor habían hecho planteamientos que, aunque fueran interesantes como puntos de partida, estaban muy lejos de describir estas variables de forma tal que se permitiera enlazarlas con la contingencia de tres términos de una forma fructífera y que añadiera precisión al análisis funcional. Para una visión de conjunto de lo que gran número de autores consideran las aportaciones básicas de la OE, véanse, por ejemplo: Carter y Driscoll, 2007; Dougher y Hackbert, 2000; Iwata, Smith y Michael, 2000; McDevitt y Fantino, 1993; McGill, 1999; Schlinger, 1993; Smith e Iwata, 1997; Sundberg, 1993).

6.3.6 *Reflexión crítica*

Una propuesta tan ambiciosa como la de Michael encontrará, inevitablemente, oposición. Sin desmerecer todo lo dicho anteriormente acerca de su importancia como aportación al análisis aplicado de conducta, es cierto que tanto la teoría en sí como las aplicaciones posteriores que se han ido derivando de ella tienen puntos cuestionables. Veámoslos en detalle:

- En un sentido amplio y dentro del contexto que supone el análisis aplicado de conducta no sólo como tendencia epistemológica y psicológica, sino como grupo y programa de investigación, las operaciones de establecimiento de Michael fueron usadas como una pseudoexplicación; algo que no deja de ser irónico habida cuenta del empeño (legítimo y en su mayor parte exitoso, por supuesto) del análisis aplicado de conducta por huir de este tipo de explicaciones. Con esto queremos decir que hay una cierta tendencia en este grupo a tomar la experimentación en situaciones que podrían considerarse artificiales o difícilmente generalizables (como por ejemplo estudios “de campo” con población interna en centros para discapacitados psíquicos), de contingencias ambientales muy bien controladas, no ya como una acotación particular de la realidad que tratan de describir, explicar, predecir y controlar, sino como la realidad en su expresión total. Esto tiene un inconveniente grave: cuando se intentan aplicar algunas de las descripciones o explicaciones tan perfectamente delineadas en un contexto experimental a un contexto natural, se encuentran ciertas

dificultades derivadas, fundamentalmente, de la compleja interacción y múltiple funcionalidad simultánea de los elementos que conforman el flujo conductual. Tal vez esta fuera la carencia que llevó a la excelente acogida de las OEs: de pronto, había una forma de clasificar y ordenar toda esa complejidad. Es nuestra opinión, sin embargo, que esa posibilidad es en gran parte un espejismo; aunque poner nombre a un fenómeno es un paso necesario para su comprensión, no es suficiente. Con el uso imprudente del concepto de operación de establecimiento no sólo no se contestan preguntas acerca de la ocurrencia de una conducta determinada en un momento determinado (y no en otro), sino que se “emborrona” y mezcla desordenadamente todo el componente disposicional.

- El concepto de operación de establecimiento tal como fue formulado por Michael invade áreas de explicación que ya estaban cubiertas por otros conceptos. El ejemplo más llamativo es el hecho de que Michael parezca pasar por alto el condicionamiento pavloviano como un establecedor de reacciones emocionales (entre otras muchas cosas), desarrollando la OE de tal manera que se vuelve redundante. En este sentido, Carrasco y Virués (2008) sugieren que el concepto de Michael de OE no añade nada a lo que puede explicarse mediante el condicionamiento clásico y, en opinión de estos autores, mediante el uso de las emociones (en tanto que respuestas condicionadas) como causas últimas de la conducta. Desde este punto de vista se entiende, por lo tanto, que consideren irrelevante el

concepto de OE. Sin embargo hay que señalar que, pese a que la objeción que plantean los anteriormente citados autores es perfectamente legítima y lógica, no explica el efecto sobre la potencia evocadora de los estímulos discriminativos considerada una propiedad de las OE, salvo si consideramos que la variación en efectividad del estímulo discriminativo viene explicada por el hecho de que se ha condicionado de forma pavloviana con el estímulo que la conducta discriminada busca conseguir con su ejecución.

- Existe una “sobreaplicación” de la OE también en su solapamiento y confusión con el estímulo discriminativo; aunque la distinción que hace Michael entre estímulos discriminativos y operaciones de establecimiento sea muy pertinente (especialmente cuando estamos hablando de estimulación aversiva), lleva a unos desarrollos que resultan, como poco, sorprendentes por su arrojo a la hora de adjudicar a la OE el papel del discriminativo o, directamente, de causa de la conducta. Al final, siguiendo el camino marcado por los autores, se llegaría a una situación de solipsismo de la EO, en la que todo lo que ocurre es una operación de establecimiento; el error en esto es evidente: si cualquier cosa dada es parte de una categoría en concreto, la categoría no está bien delimitada y, por lo tanto, no cumple su función: compartimentar la realidad con base en criterios claros para facilitar su comprensión y control.

6.3.7 Aplicaciones

Aun teniendo en cuenta las considerables limitaciones de índole teórica y los –a nuestro juicio- errores a los que puede llevar en la intervención, sería injusto y falso considerar a la OE como inútil; más bien al contrario. Como ya se ha señalado, el propio hecho de que abriera un debate y varias líneas de investigación en el seno del análisis aplicado de conducta acerca de la motivación es ya un mérito importante que hay que tener en cuenta. Pero su principal logro es el corolario de esto mismo: al proporcionar un marco, por nebuloso que sea, para añadir al análisis funcional una herramienta conceptual concreta para incluir en él las variables motivadoras, favorece una atención clínica más completa y más ajustada a la persona. Por supuesto, sería ridículo decir que antes de la OE los terapeutas de conducta dejaban en un apartado conveniente a todas las variables disposicionales de índole motivadora y no las tenían en cuenta; lo más probable es que todos las tuvieran en cuenta pero de una forma más bien imprecisa y propia de la psicología popular. Sistematizar este estudio permite que el terapeuta pueda categorizar y manejar mejor unas variables que, a todas luces, estaban recibiendo poca atención.

Un caso particular de operación motivadora que hay que resaltar es el de la habituación. En una serie de estudios, McSweeney propuso la teoría de que los cambios intra-sesión en la efectividad del reforzador en un contexto experimental respondían mejor al modelo de la habituación que al de la saciación (véase Aoyama y McSweeney, 2001; McSweeney, 2004) . Por ejemplo, encuentra un efecto de recuperación espontánea de la tasa de respuesta tras introducir un

estímulo distractor, algo que no es fácilmente explicable si el descenso previo de la tasa se debía a la saciación. Aunque tanto la idea central como el tratamiento de datos que utilizó han sido discutidos y hay explicaciones alternativas (véase, por ejemplo, deMarse, Killeen y Baker, 1999), los resultados que presenta McSweeney son, como poco, llamativos. Existe además la posibilidad de que la habituación sea un fenómeno más molecular que la saciación y de que, de hecho, esta última se ponga en marcha en primera instancia a través de aquella (por ejemplo: la habituación a nivel bucal podría ser el principio de la saciación).

Independientemente de la distinción puramente técnica, nos referimos a la saciación como efecto con unos tintes más aversivos que a la habituación. Es decir: parecería, intuitivamente, que una persona saciada de un estímulo lo rechaza activamente o presenta una reacción emocional negativa cuando se le presenta, mientras que una persona habituada a un estímulo simplemente lo ignora o no se ve afectada conductualmente por su presentación.

La distinción es relevante por cuanto cambia la forma de intervenir en problemáticas en las que esta variación en la respuesta sea en sí mismo algo a solucionar o, incluso, una herramienta a manejar. Por ejemplo, si habláramos de por qué un adolescente no estudia y manejáramos la teoría de que se sacia de los refuerzos que, tras evaluar su adecuación, estemos empleando (por ejemplo, golosinas tras cada párrafo leído), propondríamos soluciones como reducir la cantidad de golosinas ingeridas y/o su contenido calórico, o bien espaciar su administración. Sin embargo, si consideramos que lo que se está dando es un proceso de habituación al reforzador, propondríamos soluciones como alternar

sabores o formas de golosinas e introducir otros alimentos entre medias para evitar la habituación.

De la misma manera, si parte de nuestra intervención consistiera en ayudar a una persona a seguir una dieta, le indicaríamos que comiera en un lugar estímulamente pobre (para evitar los estímulos distractores que pueden provocar un incremento en la tasa de respuesta), comidas con poca variedad de sabores y a un ritmo constante.

El uso del concepto de habituación tiene una ventaja más frente al de saciación, y es que ha sido estudiado en una variedad de modalidades estímulares bastante amplia, mientras que el estudio de la saciación ha sido prácticamente de forma exclusiva relacionado con estímulos de ingesta. Además, y de ser correcta la hipótesis planteada por algunos autores de que la habituación puede ser un fenómeno más molecular que la saciación, estaríamos ante una explicación en términos más completos por el hecho de que plantean no sólo la ocurrencia de un fenómeno sino también un mecanismo por el que puede estar sucediendo.

En cualquier caso, y en el contexto clínico que resulta relevante para este trabajo, no podemos descartar la habituación como una variable motivadora que afecta a la efectividad como reforzador (o como castigo) de aquel estímulo al que afecta.

7. PERSPECTIVA ASUMIDA EN ESTE TRABAJO

Una vez expuestos los enfoques que consideramos más relevantes para comprender la conceptualización general de la motivación en psicología en general y en la clínica en particular, es necesario marcar la perspectiva desde la cual este trabajo se posiciona, y a partir de la cual desarrolla sus contenidos.

Esta perspectiva –ya delineada en Froján, Alpañés, Calero y Vargas, 2010- será, en general, coherente con las operaciones motivadoras de Michael, pero con algunas modificaciones dirigidas a tratar de no cometerlos, a nuestro juicio, errores que contiene esa teoría y que ya hemos comentado previamente. La ventaja obvia de este planteamiento es que no recurre a constructos inferenciales ni a medidas indirectas, considerando, por lo tanto, que la operación motivadora es un cambio en el ambiente o el organismo que, manteniéndose constantes los estímulos antecedentes, consecuentes y la respuesta, temporalmente altera las funciones de los estímulos y los parámetros de una respuesta aprendida para una secuencia determinada. Este efecto puede darse tanto sobre conductas dentro de un esquema respondiente o pavloviano como dentro de un esquema operante. Consideramos, además, que cabe recurrir a la operación motivadora únicamente cuando estamos hablando de conductas ya aprendidas, dado que para hablar de instauración o extinción de conductas se puede recurrir a los efectos propios de los procesos de aprendizaje pavloviano u operante. La manera en que podría afectar una OM dependerá de a qué término (o términos) de la cadena afecte: puede alterar la capacidad elicitoria o

evocadora de un estímulo (condicionado o incondicionado) o de un discriminativo, respectivamente, in ser ella misma la que evoca la conducta; puede, también, alterar el valor reforzante o de castigo del estímulo consecuente; por último, también puede modificar los parámetros de una operante o una respondiente. Estos efectos pueden ser duraderos en el tiempo (Dougher y Hackbert, 2000; O'Reilly, 1995; Poling, 2001), y deben ser determinados por separado para cada cadena concreta, aunque la OM no forme en sí misma parte de la cadena: es más bien una variable contextual en cuya presencia ocurren las cadenas concretas.

¿Cómo motiva el terapeuta en clínica?

El contexto clínico tiene ciertas particularidades que hacen que sea necesario concretar a qué nos referimos cuando hablamos de operaciones motivadoras en él. Al tratar el tema de cómo “motivar” al cliente, los distintos autores hacen referencia a diferentes maneras de conseguir que este se comprometa con la terapia.

En un primer lugar, se podría hablar de la “psicoeducación”, esto es, la información que el terapeuta, en tanto que experto, transmite al cliente sobre la terapia en general pero también sobre los objetivos y técnicas a usar (Froján y Santacreu, 1999; Gavino, 2002; Newman, 1994). Por otro lado, se pueden considerar también como estrategias para la motivación el explicar al cliente su problema en términos de las relaciones causales que lo originan y mantienen, cómo modificarlo (Meichenbaum y Turk, 1991; Ruiz, 1998), cómo de problemático sería continuar así y de qué manera le afectaría (Hall, Weinman y

Marteau, 2004; Kanfer, 1992; Meichenbaum y Turk, 1991). Es esencial en este aspecto que el terapeuta sea percibido como alguien competente y confiable, y la información que transmite sea percibida como objetiva (Goldstein, 1992; Newman, 1994; Ruiz, 1998). Otra forma de motivar al cliente tendría que ver con las estrategias que el terapeuta pone en marcha para transmitir al cliente que las causas del problema, así como su control, están en sus manos, y que es capaz de seguir un programa orientado al cambio; una idea tradicionalmente dividida en los conceptos de autoeficacia y cambio de expectativas o de atribuciones (Coe, 1992; Kanfer, 1992; Meichenbaum y Turk, 1992; Ruiz, 1998; Strong, Wambach, López y Cooper, 1979). Además, y de forma especialmente relevante y señalada por los autores, es importantísimo anticipar los resultados positivos del cambio. Algunas de las maneras en las que se ha aludido a esto son las siguientes: anticipar mejoras y fomentar fantasías sobre las cosas que se podrán hacer una vez el problema desaparezca (Ruiz, 1998), crear incentivos para la terapia (Ranieri, 1984), prestar atención a las consecuencias positivas del cambio (Ruiz, 1994), o los pros y contras del mismo (Newman, 1994), promover pensamientos y fantasías motivantes y ayudar a decidir sobre los beneficios derivados de la resolución del problema (Kanfer, 1992), poner en relación estos cambios que se esperan con los valores del cliente (Meichenbaum y Turk, 1991; Ruiz, 1998), elegir los objetivos de manera conjunta con el cliente (Coe, 1992; Kanfer, 1992; Meichenbaum y Turk, 1991), presentar las tareas que llevarán a la consecución de los objetivos de una manera clara y concisa (Gavino, 2002; Kanfer, 1992; Meichenbaum y Turk, 1991; Newman, 1994; Ruiz, 1994, 1998), resaltar las

mejoras que el cliente ha tenido en el pasado (Cormier y Cormier, 1994), o las que tienen otros clientes (Ruiz, 1998), y resaltar cómo las conductas problemáticas impiden que se consigan los beneficios deseados y las metas personales del cliente (Blume, Schmaling y Marlatt, 2006).

Como se habrá observado, muchas de estas estrategias tienen en común entre sí el hecho de que, en realidad, lo que se está haciendo es especificar claramente contingencias que son relevantes para el cliente en su consecución de objetivos clínicos. Esta “especificación de contingencias” (Blakely y Schlinger, 1987; Schlinger y Blakely, 1987) puede considerarse una regla y puede, entre otras cosas, tener función de estímulo antecedente (Pérez, 1996a). El terapeuta las emite con el resultado de que pueden tener un efecto modificador del valor de los estímulos que rodean a la respuesta relevante, o incluso de los parámetros de la propia respuesta. Ambas características hacen que podamos considerarlas operaciones motivadoras (Martin y Pear, 1998; Poling, 2001).

La investigación en este campo (ver, por ejemplo, Estes, 1943, 1948; Lovibond, 1983; Morse y Skinner, 1958), que destaca la influencia de la presentación de un estímulo apetitivo condicionado sobre cadenas operantes que se han originado de manera independiente, o el efecto facilitador que tienen los estímulos asociados a un reforzador diferente del de la cadena operante (Bower y Kaufman, 1963; Estes, 1949a, 1949b), nos llevan a considerar que la parte más importante de esta especificación verbal de contingencias relevantes para el cliente es la anticipación de las consecuencias. Ayllon y Azrin (1968a, 1968b) (y más recientemente Ju y Hayes, 2008; Roantree y Kennedy, 2006), con sus

estudios sobre la *prueba del reforzador*, mostraron en humanos el hecho largamente sospechado de que tener acceso o ser expuesto a una pequeña parte del reforzador o a alguna de sus características estímulas facilita que se emitan respuestas que han sido en otro momento reforzadas con ese mismo estímulo.

Todo lo dicho hasta ahora parece indicar que, cuando el terapeuta motiva anticipando las consecuencias apetitivas de llevar a cabo determinada conducta, en realidad está sometiendo al cliente a un proceso de *prueba del reforzador*, exponiéndole a la especificación verbal del reforzador. Por lo tanto, y en línea no sólo con lo indicado por los manuales de habilidades terapéuticas sino, y de forma especialmente relevante, con la investigación empírica, podríamos conjeturar que el efecto de aumentar las posibilidades de que la conducta se lleve a cabo también estará ocurriendo.

Por lo tanto, y recapitulando, nuestra postura es que el terapeuta está motivando en el sentido técnico –esto es, alterando las posibilidades de que se dé una conducta concreta sea a través de la alteración de funciones de los estímulos antecedentes o consecuentes, sea modificando la respuesta en sus parámetros– cuando especifica verbalmente y de forma clara y directa las consecuencias de las conductas del cliente. El efecto sobre la conducta podrá ser de establecimiento, muy posiblemente a través de la especificación verbal de un consecuente apetitivo, o de abatimiento cuando se especifique verbalmente una contingencia aversiva. De esta manera, el estudio de la motivación en terapia y su encuadre dentro de un esquema de análisis aplicado de conducta pasará necesariamente por el estudio de las verbalizaciones que el terapeuta, en su interacción con el cliente,

dedica a especificar las consecuencias que tendrán, tienen o han tenido las conductas de este.

CAPÍTULO II

EL ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN EN TERAPIA

1. VISION GENERAL

Indudablemente, uno de los motivos de la existencia de la investigación de procesos es descubrir qué hace el terapeuta en la clínica que pueda explicar el cambio clínico. El trabajo del psicólogo clínico es, tal vez, uno de los peor entendidos por el público en general. El ya célebre estudio de Seligman en *The Consumer Reports* (1995) puso de relieve que, para una gran parte del público usuario de psicoterapia, las diferencias entre las distintas escuelas son poco más que decorativas: según este estudio, los clientes tienen la sensación de que todas las intervenciones funcionan y que, además, lo hacen de forma muy parecida con independencia no sólo de la corriente teórica que siga el terapeuta sino incluso de su profesión dentro de la rama asistencial (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras). De manera tal vez más alarmante, incluso percibían lo mismo si la terapia la llevaba a cabo un no profesional. Por supuesto, a este estudio se le hicieron bastantes críticas metodológicas (por ejemplo Brock, Green, Reich y Evans, 1996; Hollon, 1996; Jacobson y Christensen, 1996; Mintz, Drake y Crits-Christoph, 1996), pero aun así este estudio y otros como el de Berenguer y Quintanilla (1994) cumplen su función de llamar la atención sobre el gran estado de confusión entre el público acerca del quehacer clínico.

Y es que, como ya indicaron Hull y Porter (1943), el contacto interpersonal altera la conducta; parece difícil, por lo tanto, que el público no familiarizado con el trabajo clínico pueda distinguir con facilidad qué es lo que diferencia su interacción con el terapeuta de la interacción que puedan tener con otra persona cualquiera. Es más: esta interacción es un factor de la clínica que ha sido avalado consistentemente como uno de los más importantes en el proceso terapéutico (véanse por ejemplo Andrews, 2000; Castonguay, Constantino y Grosse, 2006; Lambert, 1992). Pero, ¿qué es lo que diferencia, entonces, la interacción terapéutica de los otros tipos de interacción? ¿Qué hace el terapeuta cuando trabaja como tal en un entorno clínico que no hace la persona de a pie en la calle? ¿En qué consiste, en definitiva, la interacción clínica? Es esta pregunta la que desde esta línea de investigación en general se intenta responder: cómo funciona el proceso clínico a un nivel de interacción. De hecho, nuestro equipo le ha dedicado considerable atención a la interacción, notablemente en Ruiz (2011), donde se explica extensamente lo que se resume en este trabajo.

Este interés viene del hecho de que, a pesar de que hay otros factores que podrían considerarse relevantes a la hora de describir o explicar el cambio clínico, no todos ellos relacionados con las técnicas y tratamientos (Santibañez et al., 2008), es la interacción terapéutica la que puede, de alguna manera, englobar a los otros factores y darles cohesión o al menos ser una parte indisoluble del proceso que conviene estudiar junto a los otros (Hill, 2005). La importancia de la interacción terapéutica como factor central a la hora de entender el proceso de cambio es tal que está recibiendo atención por parte de la APA, con la creación

en la División 29 de un grupo de investigación dedicado a estudiar las características del terapeuta, del cliente y de la interacción entre ambos, destinada a compensar el excesivo énfasis que se había hecho en las técnicas y tratamientos en el estudio realizado por la División 12 (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) según señalan Lambert y Barley (2002) y reconocen los propios autores en la obra *Psychotherapy relationships that work* (Norcross, 2002; Norcross y Lambert, 2011). Las conclusiones de este trabajo consistieron en una división de la responsabilidad del éxito de la psicoterapia en porcentajes, correspondiendo un 40% a factores extra-terapéuticos, un 30% a factores comunes de los distintos enfoques terapéuticos, un 15% a las técnicas usadas y por último un 15% a las expectativas del cliente sobre el cambio.

Resulta llamativo ese 30% que corresponde, según los autores, a los tan a menudo mencionados “factores comunes”; factores hipotéticamente compartidos entre todas las distintas aproximaciones terapéuticas. *A priori* parece difícil imaginar qué pueden tener en común el amplio abanico existente de enfoques a la hora de entender la psicología y la clínica en concreto: hay una inmensa variedad no ya de enfoques, sino incluso de niveles de análisis y terminología (Grencavage y Norcross, 1990). Tal vez sea por esta misma disparidad por lo que ha resultado tan interesante desde todas las perspectivas el hallazgo de algo que todas ellas consideran crucial –aunque usen distintos términos para describirlo y, por supuesto, explicarlo-: la relación (o alianza) terapéutica.

Este interés, como es habitual en la psicología, más que un corpus de conocimiento unitario –con sus métodos bien reglados- lo que ha generado es una inmensa multiplicidad de explicaciones y formas de abordar su estudio. Esta multiplicidad, sin embargo, encuentra un punto común en el hecho de que se ha llegado al consenso de que es un buen predictor del resultado del tratamiento (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000; Horvath, 2001; Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011; Martin, Garske y Davis, 2000). Esta constatación ha llevado, incluso, a que algunos autores consideren la alianza terapéutica como el factor de mayor importancia en el éxito terapéutico (Safran y Muran, 1995; Wolfe y Goldfried, 1988). Sin embargo, y como corolario lógico de esa aproximación excesivamente diversa al estudio de la alianza terapéutica, no hay un consenso en cuanto a de qué manera una buena alianza terapéutica se traduce en éxito terapéutico, es decir: qué significa *realmente* y cómo afecta a la conducta del cliente la relación terapéutica (Beutler et al., 2004; Follette, Naugle y Callaghan, 1996; Terraz, Roten, Crettaz de Roten, Drapeau y Despland, 2004; Waddington, 2002).

Así, se genera una situación curiosa, en la que, a pesar de considerar la alianza terapéutica como un factor de gran importancia dentro del contexto clínico, merecedor de atención en todos los manuales sobre psicoterapia (Castonguay, Constantino y Grosse, 2006), no existen unas pautas de acción claras que permitan enseñar a los terapeutas cómo fomentar una alianza correcta. Esto puede explicar en cierta medida que tantos terapeutas de orientación cognitivo-conductual fracasen a la hora de generar esta alianza o sencillamente

no le dediquen tiempo durante la sesión clínica (Castonguay, Hayes, Goldfried y DeRubeis, 1995; Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd y Shapiro, 1997; Goldfried, Raue y Castonguay, 1998).

En cualquier caso, parecen indiscutibles las ganancias que se derivarían de una correcta comprensión no sólo de cuánto funciona la alianza terapéutica, sino, de forma más relevante, de qué es y cómo funciona en realidad; esta es la opinión de este grupo de investigación, pero también la de muchos otros que han dedicado, desde hace mucho tiempo, esfuerzos al estudio de la alianza terapéutica. Actualmente, este interés se concreta a menudo en el análisis momento a momento de lo que ocurre en terapia (Rosen y Davison, 2003), que a menudo conlleva la creación de sistemas de codificación y registro de lo que ocurre en sesión como herramienta de elección para este estudio, ya sea centrándose en la forma o el contenido de lo que se verbaliza en sesión (véanse por ejemplo *Taxonomy of verbal response modes*, Stiles, 1987; o *The Counselor Verbal Response Category System*, Hill, 1978) o en la función hipotetizada que desempeñan. De estas últimas, es tal vez la más conocida (aunque no la única) la *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS, Callaghan, 1998).

Respecto a la importancia de la interacción, los trabajos de Wampold (ver Wampold y Budge, 2011; Wampold et al., 2012) enfatizan la importancia de la relación terapéutica. Según este autor, la potencia de la terapia para provocar el cambio está precisamente en estas características contextuales más que en las técnicas concretas que se apliquen. En el prólogo de *The Greater Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings* (Wampold, 2013), Glass (famoso

precisamente por sus conclusiones en la misma dirección) dice que el enfoque básicamente médico que se ha tenido en la terapia psicológica ha llevado a ver al cliente como “un objeto inerte sobre el que se opera y al que se medica”, y que el hecho de que los hallazgos apunten en la dirección de que las múltiples terapias que existen tengan efectos virtualmente indistinguibles entre sí nos tiene que llevar a la conclusión de que lo que funciona es o bien los procesos comunes que haya entre todas ellas o bien un proceso que “existe dentro del cliente” y que el terapeuta meramente “moviliza”. En nuestra opinión, que desarrollaremos detenidamente más adelante, si bien está claro que esa primera premisa es cierta (la inadecuación de un enfoque médico para el tratamiento psicológico), el corolario que deducen tanto Glass como Wampold de la segunda (la supuesta igualdad de resultados entre enfoques) es limitado por moverse en dos extremos de un continuo técnicas-relación/factores comunes, no teniendo en cuenta precisamente que es un continuo: la diferencia entre las técnicas usadas y la interacción terapéutica es, desde cierto punto de vista, falaz. Tanto una como las otras consisten en procesos de aprendizaje; la relación terapéutica no tiene unos principios de funcionamiento diferentes a los de las técnicas (es decir, no se basa en un conjunto diferente de normas) y, por lo tanto, está sujeta y dirigida a producir los mismos efectos cuando se manipula de forma adecuada. Por ejemplo, se pueden usar técnicas específicas para mejorar las habilidades sociales de un cliente y, además, se puede moldear a través de la mera relación terapéutica una forma más correcta, más adaptada, de interactuar. Ambos procesos funcionarían (si se llevan a cabo correctamente, claro) con base en los mismos

mecanismos, y se complementarían para producir el efecto deseado. Poner el énfasis exclusivamente en la relación o en las técnicas es perder de vista que, en cierto sentido, son una misma cosa. Volveremos sobre este tema al discutir la conceptualización de la relación terapéutica que hace la psicoterapia analítico-funcional (PAF).

2. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL ENFOQUE CONDUCTUAL

En un inicio la modificación de conducta tenía un interés prácticamente nulo en la relación terapéutica, centrándose toda su atención en producir el cambio a través de la adquisición por parte del cliente de nuevas habilidades mediante el uso de técnicas concretas (Wilson y Evans, 1977). Esto se debe, en no poca medida, al hecho de que la modificación de conducta como movimiento teórico estaba fuertemente en contra de –y en cierta medida surgió como reacción ante- los constructos mentalistas, vínculos emocionales inferidos o los conceptos propios del psicoanálisis como la transferencia y contratransferencia. Se buscaba una forma verdaderamente objetivable de hacer terapia, recurriendo al concepto del terapeuta como “ingeniero de la conducta” o “máquina de reforzamiento” (Ayllon y Michael, 1959). Esto, sin embargo, no significa que no se prestara ya atención en cierta medida a la interacción en terapia (Follette, Naugle y Callaghan, 1996), una atención que fue aumentando conforme se constataba que el estudio de las variables sociales del proceso terapéutico podía redundar en un

mayor éxito de este (Krasner, 1962; Wilson, Hannon y Evans, 1968). Aún con todo, seguían siendo las técnicas las que ostentaban, para la modificación de conducta, el papel de verdaderas operadoras del cambio (Foa y Goldstein, 1980; Sweet, 1984). Como máximo, se consideraba a la relación terapéutica como análoga a la anestesia en un procedimiento quirúrgico: un requisito que sólo se convierte en una prioridad si algo va mal, y algo a lo que prestar atención, pero no el responsable del cambio.

Así, la terapia de conducta continuaba tratando la interacción en terapia como una variable a tener en cuenta, incluso una variable útil (Goldfried y Davison, 1976), pero no llegó a centrarse verdaderamente en ella y considerarla algo clave dentro de la terapia (Pérez, 2004). Esto no es decir que llevara una desventaja frente a otras escuelas; de hecho, a pesar del énfasis que otras perspectivas hacían en la importancia de la interacción terapéutica, no aportaban verdadera información sobre los mecanismos que explicaban este valor (Follette, Naugle y Callaghan, 1996).

Es en el contexto de esta comparación en el que queremos resaltar la importancia del análisis de la conducta clínica: derivado directamente de los principios del conductismo radical, y dedicado a superar las limitaciones de la modificación de conducta, este enfoque propone que los problemas del cliente pueden darse y se dan en sesión, dando al terapeuta la posibilidad de operar directamente sobre ellos (sea observándolos, sea someténdolos a cualquier proceso de modificación) directamente. Además, en este enfoque se da mucha importancia al lenguaje en sesión entendiéndolo no solo como un vehículo a

través del cual transmitir contenidos, sino como una conducta clínicamente relevante en sí misma que, como ocurriría con prácticamente cualquier otra conducta clínicamente relevante, el terapeuta puede observar, evocar y modificar a lo largo del curso de su interacción con el cliente.

Dentro de esta escuela, cabe destacar por la importancia que concede explícitamente a la relación terapéutica el papel de la psicoterapia analítico-funcional (PAF). El punto central de esta propuesta es su énfasis en el contexto clínico como un lugar en el que el terapeuta puede manejar directamente las *conductas clínicamente relevantes* del cliente, sometiéndolas a procesos de moldeamiento y/o usando la equivalencia funcional y el reforzamiento natural (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995). Para ello, se sirve del valor de la interacción terapéutica, mediante (o gracias a) la cual el terapeuta podrá evocar estas conductas clínicamente relevantes para moldearlas de acuerdo con los objetivos clínicos propuestos.

Esto, por descontado, no es decir que la PAF sea la primera escuela en intentar analizar o conceptualizar de esta manera la interacción clínica. Por ejemplo, Truax ya estableció en 1966 que hay una relación directa entre la conducta del cliente y la del terapeuta, y que el proceso de cambio clínico puede entenderse y explicarse aludiendo a los procesos de reforzamiento que esta relación permitiría. Por su parte, el equipo de investigación de Willard Day, de la Universidad de Reno, llevó a cabo detallados estudios a finales de la década de 1960 en los que se realizaban análisis conductuales de diálogos, extraídos, en gran parte, de sesiones clínicas. Usaban para ello sistemas de categorías que,

basándose en la obra *Conducta Verbal* (Skinner, 1957), expresaban lo que se observaba en términos de principios operantes y respondientes, dando lugar a la llamada *Metodología de Reno*. Sin embargo, y a pesar de su solidez teórica, esta metodología ha sido usada rara vez, fundamentalmente debido a la dificultad que entraña hacerlo (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

En cuanto a la efectividad de la PAF, si bien existen dudas sobre su utilidad práctica –como de la de las demás llamadas “nuevas terapias de conducta”- (Corrigan, 2001), sí existe evidencia del efecto beneficioso que tiene (Hayes, Masuda, Bisset, Luoma y Guerrero, 2004) y de cómo mejora los resultados del tratamiento (Gaynor y Lawrence, 2002; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002; entre otros). En cualquier caso, lo que a nosotros nos parece más relevante es la comprobación de que el terapeuta puede, con su conducta en sesión, moldear la del cliente (Callaghan, Summers y Weidman, 2003; Karpiak y Benjamin, 2004; Truax, 1996), con el corolario de que ese moldeamiento de las conductas en sesión puede afectar a las conductas fuera de sesión (Kanter et al., 2006).

Habría que señalar que las investigaciones se realizaron con estudios de caso, lo que no sólo es propio de cualquier terapia en sus inicios, sino que, además, es coherente con la lógica de investigación de la PAF, heredera de la modificación de conducta y, por lo tanto, comprometida con el estudio de caso como método propio de la investigación clínica (Pérez, 1996a). En cualquier caso, constituye, en palabras de Hayes et al. (2004), “más una evolución que una revolución de la modificación de conducta”, sin desmerecer por ello los

alentadores resultados obtenidos en los estudios de demostración empírica de sus principios.

3. SISTEMAS DE MEDIDA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Como decíamos al inicio del apartado anterior, el estudio del cambio clínico está dirigiéndose hacia el estudio de lo que ocurre en sesión momento a momento. Esto es así por la obvia ventaja que ofrece el saber qué es lo que los implicados hacen realmente en sesión, y no tanto lo que creen hacer, como ocurre con el uso de cuestionarios, entrevistas y descripciones de los miembros de la interacción (Winefield, Basset, Chandler y Proske, 1987). De esta manera, se han generado un gran número de instrumentos –fundamentalmente sistemas de categorización de la conducta verbal del terapeuta, el cliente o ambos-, con objetivos tan dispares como describir la relación entre participantes (Lennard y Bernstein, 1960), examinar la adhesión de los terapeutas a su escuela teórica (Trijsburg et al., 2002, 2004), distinguir entre enfoques terapéuticos (Brunink y Schroeder, 1979; Canfield, Walker y Brown, 1991; Stiles, 1979; Stiles y Shapiro, 1995; Wiser y Goldfried, 1996), comparar terapeutas y niveles de entrenamiento (Gordon y Toukmanian, 2002; Hill, Charles y Reed, 1991; Palisi y Ruzicka, 1974), medir el potencial de las verbalizaciones (Elliot, Barker, Caskey y Pistrang, 1982), detectar los tipos de conducta desadaptativa del cliente (Glenn, 1983), estudiar cómo cambia lo que hacen cliente y terapeuta en sesión (Piñar, Caro y Coscollá, 2001; Winefield et al., 1987) o para analizar las expresiones

emocionales en terapia (Valdés et al., 2010). Este último ejemplo, dada su filiación psicoanalítica, es una muestra de la importancia que tiene para todos los enfoques teóricos y orientaciones terapéuticas el comprender el cambio terapéutico, y la importancia principal que tiene en ese empeño el estudio de la interacción verbal entre cliente y terapeuta (Leudar et al., 2009). Por su parte, la abundancia de sistemas y trabajos apuntan en la dirección de que estudiar el proceso de terapia como un sistema relacional a través del análisis de la interacción verbal en clínica es un campo fructífero a la hora de comprender el cambio clínico (Lonborg, Daniels, Hammond, Houghton-Wenger y Brace, 1991).

Sin embargo, este interés unido a la enorme diversidad de enfoques a la que aludíamos anteriormente ha derivado en la existencia de un número desmesurado de sistemas de categorización de la conducta verbal de los miembros de la interacción terapéutica. Lejos de ser una ventaja, la disparidad de criterios utilizados a la hora de decidir de qué manera tiene un sistema que codificar lo que ocurre, el nivel de inferencia que se usará e incluso el nivel de análisis, lleva a una situación en la que la sobreabundancia de investigación en el mismo tema desde distintos enfoques añade más confusión que conocimiento real.

Con la intención de superar esa situación, Russell y Stiles (1979) consideraron que era necesario generar un marco teórico que permitiera la comparación y evaluación de los distintos sistemas de categorías. Estos autores propusieron una forma de clasificar los sistemas ya existentes atendiendo a dos dimensiones: la tipología de sus categorías (de contenido, inter-subjetivas o

extralingüísticas) y la estrategia de codificación usada (clásica o pragmática). De la misma manera, propusieron una serie de criterios que tenían que cumplir los sistemas que se desarrollasen: presentar categorías del mismo tipo, excluyentes y exhaustivas, y derivadas de un único sistema principal.

Siguiendo estas recomendaciones, el mismo Stiles propuso posteriormente un sistema de categorías que ha sido uno de los más usados en la investigación en psicoterapia (además de en psicología social o de la salud): la *Taxonomy of Verbal Response Modes* (VRM; Stiles, 1987). Las categorías de este sistema registran actos de habla (como pregunta, confirmación o exposición). De esta manera, los VRM describen la relación entre el terapeuta y el cliente de una manera independiente del contenido de la conversación o su estado emocional; desde este enfoque, las personas que participan en la interacción terapéutica serían “centros de experiencia”, unidades de relación interpersonal enlazadas a través de actos de habla (Stiles, 1993). Uno de los usos más relevantes de este sistema fue el estudio diferencial de distintas aproximaciones terapéuticas en cuanto a los papeles que el terapeuta asume con el cliente en interacción y constatando las divergencias. (Stiles, 1979; Stiles, Shapiro, Firth-Cozens, 1988).

Otros sistemas de categorías muy usados son *The Counselor Verbal Response Category System* (Hill, 1978; Hill et al., 1992) y *The Client Verbal Response Category System* (Hill, 1986; Hill et al., 1981), centrados en registrar las acciones llevadas a cabo en la interacción verbal clínica por el terapeuta (por ejemplo, confrontación, auto-observación o interpretación) y por el cliente (por ejemplo, pregunta, resistencia o acuerdo), proporcionando un puente entre la

propia conducta realizada por cada uno de los participantes y los resultados de la terapia (Howell y Highlen, 1981). Uno de los trabajos más importantes realizados por este mismo equipo (1987) es una revisión actualizada de los sistemas de categorías que existían, de nuevo haciendo hincapié en las dificultades para seleccionarlos y compararlos. Tras este trabajo sugirieron un conjunto fundamental de modos de respuesta: pregunta, información, consejo, reflexión, interpretación y autodescubrimiento; y propusieron su uso en una amplia variedad de áreas de la investigación en psicoterapia.

También desde la escuela psicoanalítica se han desarrollado sistemas de categorización de la conducta verbal, aunque, de forma coherente con el enfoque psicodinámico, se centraban más en el significado inferido de las verbalizaciones de los participantes que en lo que realmente decían; es especialmente popular el uso del *Conversation Analysis* (CA; Sacks, Schegloff y Jefferson, 1974).

Estos tres ejemplos expuestos anteriormente se alejan del enfoque desde el que este equipo de investigación se ha ocupado del análisis de la interacción en terapia, más centrado en describir y hallar las funciones de las verbalizaciones emitidas en sesión por ambos participantes que en inferir unos constructos mentales “escondidos” tras ellas, sean estos constructos formulados en los términos más familiares de Hill o Stiles o en los más marginales de Sacks y su equipo. Este énfasis en la funcionalidad viene de la imposibilidad de afirmar tomando como base la asociación positiva entre una forma de intervenir del terapeuta y el cambio del cliente que sea esa forma en concreto lo que causa el cambio (Gordon y Toukmanian, 2002). El anteriormente mencionado FAPRS,

propio de la PAF, sí que se enfoca en buscar la identificación de los mecanismos de cambio en las respuestas del terapeuta a las conductas del cliente en sesión. La desventaja fundamental que presenta este sistema es que su utilidad, cuando se usa para analizar sesiones clínicas de orientaciones distintas a la PAF, se ve muy reducida.

4. COMENTARIOS FINALES

En primer lugar nos gustaría destacar que, a pesar de la importancia del estudio de la interacción terapéutica –no solo en esta línea de investigación, sino como uno de los temas más antiguos de investigación en psicoterapia (Horvath y Symonds, 1991)-, no podemos dejar de lado la relevancia de las técnicas usadas. Sin embargo, y teniendo en cuenta nuestro posicionamiento teórico y clínico, consideramos que unas y otra no son sino partes de un continuo (Froján, de Pascual, Moreno y Ruiz, 2013), proporcionando la interacción terapéutica no solo un contexto dentro del cual se dan procesos de aprendizaje, sino también la oportunidad para el terapeuta de ejercer, mediante su conducta (verbal o no) de fuente de refuerzo, castigo o cualquier otra función necesaria. En último término, lo importante es que se pongan en marcha los procesos de aprendizaje que son responsables últimos del cambio clínico. Frente a esto, tanto la interacción terapéutica como las técnicas usadas no son sino aplicaciones o facilitadores de estos procesos.

El estudio de la interacción terapéutica en ocasiones ha llevado a que se cometa el error de reificarla y convertirla en la única explicación del cambio (Rosenfarb, 1992); en este error pueden incurrir con más facilidad aquellos enfoques que hacen un uso habitual de explicaciones falaces en tanto que suponen usos de conceptos descriptivos como si fueran explicativos. Es este último factor el que lleva a que el estudio de la interacción se haya “emborronado” con frecuencia por el uso de términos difícilmente objetivables (“intrapsíquico”, “experiencial”, “inconsciente”), que no solo no aportan claridad o soluciones al difícil problema del estudio de la interacción, sino que cumplen el papel contrario de agentes de confusión. En ese sentido supone un cierto avance el planteamiento de Horvath (2009), que divide el estudio de la interacción en tres niveles conceptuales (sentimientos, inferencias y procesos) con cuyo contenido podemos no estar de acuerdo, pero cuyo mérito consiste precisamente en la manera en la que permite que se separen aspectos distintos de la interacción para su estudio.

En lo que respecta a la forma de aproximarnos al estudio de la interacción que asumimos desde este equipo, está detalladamente explicada en Ruiz, Froján y Galván (en prensa). Resumiremos aquí que consideramos que la relación entre el terapeuta y el cliente contiene tres puntos básicos: en primer lugar, y de acuerdo con la PAF, consideramos que el contexto clínico es otro contexto más de la vida del cliente, en el que el terapeuta puede moldear las conductas clínicamente relevantes que se dan en sesión; en segundo lugar, como decíamos antes, la interacción terapéutica es en sí misma un agente de cambio, un mecanismo de

modificación de las conductas del cliente; por último, consideramos importantes los efectos iatrogénicos que puede tener una interacción terapéutica. Lejos de considerarlos como siempre indeseables, creemos que, con una adecuada guía en la interacción clínica, pueden jugar a favor de la consecución de los objetivos terapéuticos. Como corolario de este punto de vista, coincidimos con Luborsky y colaboradores en que puede haber terapeutas mejores y peores independientemente de su orientación teórica o del uso de las técnicas que haga (Luborsky, McCellan, Diguer, Woody y Seligman, 1997); en nuestra opinión, el que un terapeuta sea bueno o no vendrá de su capacidad para adaptarse a su estrategia de intervención e interacción con el cliente y al contexto generado, de manera que sepa poner en marcha los procesos de aprendizaje necesarios.

Es imprescindible tener presente el hecho de que cómo conceptualicemos la interacción terapéutica afectará enormemente a cómo actuemos como terapeutas. Así, es concebible que ciertas formas de entender la interacción lleven a error de manera consistente a los terapeutas que las suscriben. Por ejemplo, el hecho de que el psicoanálisis conciba la interacción terapéutica en términos de transferencia hace que dejen de lado el hecho de que no es siempre necesaria una profunda exploración de la relación terapéutica, sino que esta es sólo una más de las tareas terapéuticas posibles (Safran y Muran, 2000). Por su parte el planteamiento de Rogers (1957) sobre las condiciones que tiene que cumplir el terapeuta para crear una relación terapéutica que favorezca el cambio (ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente) llevaría a los terapeutas a reforzar indiscriminadamente las verbalizaciones del cliente con su

acuerdo. En nuestra opinión (que enlaza con Follette, Naugle y Callaghan, 1996), el terapeuta tiene que reforzar de manera selectiva, yendo siempre en la dirección de generar un repertorio de conducta que permita al cliente superar sus dificultades. Un terapeuta que no reforzara diferencialmente unas conductas del cliente por encima de otras estaría ignorando manifiestamente el hecho de que es él el que tiene, como experto, que dirigir el cambio en la dirección deseada por el cliente. En cualquier caso, para mejorar la relación terapéutica (y por tanto, los resultados de la terapia), es necesario centrarse en los componentes del terapeuta y de su entrenamiento (Hill, 2005). Es por esto por lo que la idea de la equivalencia funcional de la PAF, que enlaza el contexto clínico con el contexto natural del cliente, nos parece un paso positivo en la dirección de que el terapeuta use conscientemente su conducta en sesión para moldear la del cliente según unos criterios clínicos correctos. En más detalle, y siempre de acuerdo con los autores principales de la PAF (Kohlenberg y Tsai, CITA), un terapeuta será tanto más efectivo cuanto más variada y “natural” sea su conducta en sesión, esto es: cuanto más coherente sea su forma de interactuar o de responder ante la conducta del cliente con lo que este vive en su entorno natural. De ser, por lo tanto, variado en su interacción y coherente con el entorno del cliente, este generalizará más fácilmente lo aprendido en sesión a su entorno natural. Es interesante señalar que los autores consideran que este proceso de generalización es lo que explicaría el concepto freudiano de “transferencia”, por cuanto sería una forma de dar cuenta del hecho de que el cliente reaccione ante el terapeuta como reaccionaría ante otra persona relevante de su entorno extraclínico. Según los autores, también, el

terapeuta tiene ya un cierto potencial evocador la primera vez que el cliente lo ve, en ausencia de ninguna interacción previa. Esto es así porque, si bien el cliente no ha interactuado con el terapeuta antes, sí ha interactuado con otras personas con alguna o todas sus características (sean físicas o pertenecientes a otros campos asociativos, como “personas con autoridad”, “personas que trabajan en un despacho”, etc.). Utilizar este potencial inicial de manera adecuada es el eje del tratamiento para la PAF, motivo por el que los autores dedican también bastante espacio a hablar de cómo las concepciones teóricas del terapeuta pueden afectar –y de hecho afectan- a su interacción con el cliente, haciendo que puedan perder oportunidades de reforzar conductas clínicamente relevantes proterapéuticas o que incluso las castiguen (por ejemplo, un terapeuta que considere que su papel implica que siempre tiene razón puede pasar por alto la oportunidad de reforzar a un cliente que se ha opuesto a él, aunque parte del problema del cliente fuera precisamente una aquiescencia o falta de asertividad importante); de la misma manera, adelantan incluso formas de prevenir los posibles abusos que podrían derivarse de una relación terapéutica tan estrecha como la que buscan crear con sus clientes. De hecho, la misma intimidad buscada de esta relación resulta sorprendente por los puntos a los que llega, incluso recomendando al terapeuta que hable abiertamente o exagere sus propios sentimientos hacia el cliente, cosa que, si bien puede ser recomendable en algún caso concreto, no nos parece en absoluto una guía de actuación que se pueda usar para la generalidad clínica. Los autores enfatizan y consideran uno de sus logros el que la PAF pueda constituir un puente entre el psicoanálisis y el conductismo,

un empeño que sólo se puede entender si tenemos presente la concepción (un tanto caricaturesca) de que el psicoanálisis pone el acento en la relación entre el analista y el analizado (por muy artificial y estereotipada que sea) mientras que el conductismo y, por extensión, la terapia de conducta, desdeña la dimensión de interacción en favor de un foco casi obsesivo en las técnicas de intervención. Es comprensible que a los autores les resulte tentador presentarse como el término medio virtuoso entre dos extremos igualmente viciosos, pero nos parece que están creando un hombre de paja (o dos). Esto no es decir que no consideremos que la PAF haga ningún aporte valioso: ese punto se ha discutido ya. Sin embargo, sí creemos que la PAF, en su intento por hacer de conexión entre dos puntos que jamás han necesitado (ni querido) esa conexión, desvirtúa su propio aporte, incorporando a su léxico conceptos como el de “transferencia” (por muy depurado que esté; surge la duda de por qué no proponer un concepto nuevo, siquiera un nombre nuevo para dar cuenta del proceso de generalización... o usar “generalización” directamente) o entrando en discutir asuntos como que en ocasiones será correcto que el terapeuta consiga que el cliente le identifique (o le trate) como a su padre para poder “destruirlo”, siguiendo un desarrollo freudiano. Entendemos, no obstante, que lo que los autores proponen como “terapia” es en realidad más una forma de interactuar que un conjunto de técnicas (de hecho ellos dicen que es usable junto con la terapia de conducta), pero tal vez ahí está lo que es, a nuestro juicio, el error: si bien es importantísimo que la conducta problemática del cliente sea evocada en sesión y se actúe específica y explícitamente sobre ella, también es importante no dejarlo todo a la

generalización. Es decir, resulta difícil pensar en una manera basada únicamente en la relación terapéutica como motor del cambio que excluya el uso de técnicas extra-sesión de solucionar algo como el miedo a hacer viajes largos en coche; el cliente tendrá, en algún momento, que exponerse a ese complejo estímulo en concreto y, si bien una relación terapéutica correcta puede hacer que esta exposición sea más efectiva o se dé con más facilidad, no la puede sustituir por completo.

Por lo tanto, nuestra propuesta es considerar la relación terapéutica como el producto de la interacción terapéutica, que es a su vez la clave del proceso terapéutico y el objeto de estudio principal de nuestra línea. La relación configura un contexto en el que se hace más (o menos) probable que el terapeuta tenga un poder regulador sobre la conducta del cliente, y es a su vez configurada por los principios de aprendizaje que se ponen en marcha durante la interacción terapéutica (Froján, de Pascual, Moreno y Ruiz, 2013).

En cualquier caso, estamos de acuerdo con Pérez (1996a), en que el terapeuta tiene que constituirse en un agente de reforzamiento natural con autocrítica para reparar en su propio papel; sea como motor único o –como consideramos nosotros– como facilitador del cambio, la relación terapéutica dependerá de la habilidad del terapeuta para representar este papel.

PARTE II:

ESTUDIOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO III

ESTUDIO EMPÍRICO 1: Desarrollo y aplicación de un sistema de categorización de la verbalización motivadora: distribución de la verbalización motivadora a lo largo del tratamiento

1. INTRODUCCIÓN

Este estudio se dedicó a hacer una primera aproximación descriptiva exploratoria para ver cómo se distribuyen las verbalizaciones motivadoras a lo largo de la terapia y las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos en cuanto a su aplicación.

Para ello se utilizó el sistema de categorías SISC-INTER-CVT, desarrollado por el grupo de investigación a lo largo de varios trabajos del equipo. El desarrollo completo de este sistema puede encontrarse en otras publicaciones (Froján-Parga, Montaña-Fidalgo, y Calero-Elvira, 2006, 2010; Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruiz, 2008; Virués-Ortega, Montaña-Fidalgo, Froján-Parga y Calero-Elvira, 2011), y la lista completa de categorías, junto con ejemplos relevantes, se puede encontrar en el Anexo A. De manera resumida, el SISC-INTER-CVT es un sistema de categorías creado para la clasificación de las verbalizaciones emitidas tanto por el terapeuta como por el cliente durante la terapia, con énfasis en la posible función de estas verbalizaciones. Fue desarrollado utilizando una muestra de 92 sesiones clínicas

(78 horas, 19 minutos y 2 segundos de grabaciones) pertenecientes a 19 casos de adultos con distintas problemáticas, tratados por nueve terapeutas de conducta de distintos grados de experiencia del Instituto Terapéutico de Madrid, y ha sido utilizado posteriormente en varios estudios realizados por el equipo de investigación.

A la hora de estudiar la verbalización motivadora y su distribución a lo largo de la intervención hay que tener presente la división del tratamiento en fases distintas según la actividad clínicamente relevante que esté desempeñando el terapeuta, de la manera descrita en trabajos previos del grupo (Froján, Montañó, Calero y Ruiz, 2011; Ruiz, 2011). En estos trabajos, se demostró que la conducta verbal del terapeuta muestra cambios significativos a lo largo del proceso terapéutico que son independientes del terapeuta, el cliente y la problemática tratada, contrariamente a lo que otros autores y estudios sugieren (Beutler y Clarkin, 1990; Beutler et al., 2004; Blatt, Zuroff, Hawley y Auerbach, 2010; Carey, 2005). Los análisis realizados mostraron que el terapeuta lleva a cabo cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes: evaluación, explicación, tratamiento y consolidación de los cambios obtenidos. Con base en estas actividades, se pudo clasificar cada sesión de la muestra en un grupo, de acuerdo con la actividad clínicamente relevante que primara en ella; el resultado fueron cuatro conglomerados o grupos, caracterizados de la siguiente manera:

Grupo 1 (de **evaluación**): incluye las sesiones con un objetivo de evaluación. Se caracteriza por mostrar porcentajes muy bajos de tiempo de sesión dedicado a *función informativa* y *función discriminativa conversacional*, bajos en

función de refuerzo conversacional, refuerzo medio y chatting, moderados en función evocadora y discriminativa indicando y los más altos en función discriminativa sin indicar y función de refuerzo bajo.

Grupo 2 (de **explicación**): aglutina las sesiones marcadamente explicativas, incluyendo la explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento. Se caracterizan por un bajo porcentaje de tiempo de sesión dedicado a las funciones *discriminativa sin indicar, refuerzo medio, motivadora, instructora fuera de sesión y refuerzo bajo*, moderado en *refuerzo conversacional* y alto en *función informativa y discriminativa conversacional*.

Grupo 3 (de **tratamiento**): está formado por las sesiones en las que predomina la instrucción para realizar las tareas propuestas en el plan de tratamiento por parte del terapeuta. Presenta porcentajes bajos de tiempo de sesión dedicados a la *función de refuerzo conversacional y chatting*, moderados en *función motivadora e instructora dentro de sesión* y elevados en las funciones *discriminativa sin indicar, refuerzo medio, refuerzo bajo e instructora fuera de sesión*.

Grupo 4 (de **consolidación**): incluye fundamentalmente sesiones correspondientes al final del tratamiento. Presentan un bajo porcentaje de tiempo de sesión dedicado a la *función informativa, discriminativa conversacional, discriminativa sin indicar y función de refuerzo bajo*, y los más elevados en *función de refuerzo conversacional y chatting*.

Es precisamente teniendo en cuenta estos trabajos que se tomó la decisión de no usar el criterio temporal por sí mismo, sino el criterio de la actividad clínicamente relevante que predomine en la sesión concreta.

La ventaja principal de explorar cómo se distribuye la emisión de la verbalización motivadora y cómo cambia en función de estas actividades, y no de un simple orden cronológico, es clara: la terapia no es un proceso homogéneo de avance regular en el que una simple gráfica ascendente podría marcar la mejoría del cliente; se parece más a un proceso de ascenso formado por multitud de picos y valles en los que el problema del cliente se acerca o aleja de las metas marcadas, respectivamente. Si bien el objetivo del tratamiento es que el cliente esté cada vez mejor, no podemos aventurar que un cliente va a presentar menos problemas en la sesión, por ejemplo, 8 que en la 7. Puede haber factores externos que hayan impedido la mejoría, o esta puede quedar enmascarada por el predecible malestar que pueden producir algunas de las técnicas más comúnmente usadas (como la exposición, por ejemplo). El terapeuta, por supuesto, reacciona ante estos eventos, alterando sus respuestas en función de lo que la situación concreta demande. En resumen: cabe esperar que las diferencias en la emisión de verbalizaciones motivadoras no sean aleatorias, sino que dependan en alguna medida de la actividad clínicamente relevante que predomine en la sesión en concreto que se esté estudiando.

Por supuesto, el *qué* y el *cuándo* son preguntas importantes; sin embargo, para completar la descripción es necesario también centrarse en el *cómo*. Es improbable que la diferencia en estructura de la verbalización motivadora sea

algo puramente decorativo, un simple añadido sin diferencias en los efectos sobre la conducta; por ello, en este trabajo la verbalización motivadora asume una variedad de formas cuya efectividad diferencial o pertinencia según los momentos debe estudiarse en detalle. De ahí que se plantease como especialmente relevante comprobar no sólo cómo va a ir variando la estructura de las verbalizaciones motivadoras a lo largo del tiempo, sino también en qué medida difieren aquellos terapeutas con más experiencia de los más noveles en el *modo* en que motivan, y no sólo en la *frecuencia* con que lo hacen. Dado que la experiencia del terapeuta es considerada un factor de cierta importancia en el éxito de la terapia (véanse, por ejemplo, Hellman, Morrison y Abramowitz, 1987; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Medalia y Richardson, 2005; Orlinsky *et al.*, 1999), comprobar en qué medida esa experiencia influye en la emisión de verbalizaciones motivadoras puede suponer un avance importante en la comprensión y posterior mejora del desempeño clínico.

Es por estos motivos por los que se plantearon las siguientes hipótesis de partida:

- 1) La distribución de los diferentes tipos de verbalización motivadora no será uniforme entre las sesiones pertenecientes a los distintos conglomerados.
- 2) Esta variación será de la siguiente manera:
 - a) Las verbalizaciones motivadoras de cadena (aquellas que especifican una contingencia de tres términos; ver más adelante) serán más numerosas en la fase de tratamiento (Grupo 3). Tendría sentido que el terapeuta apoyara la explicación de las tareas que se llevarán a cabo

como parte del tratamiento con el adelanto de los beneficios que estas tareas conllevarán.

- b) La emisión de motivadoras de cadena será mínima en el grupo con predominio de evaluación (Grupo 1). Esta hipótesis tiene en cuenta que el objetivo principal de la verbalización motivadora es incitar al cambio y, en los momentos en los que la actividad clínicamente relevante que predomina es la evaluación, no se está buscando un cambio preciso en una dirección concreta.
- c) La diferencia en frecuencia entre las verbalizaciones motivadoras coloquiales (aquellas que no especifican una contingencia de tres términos; ver más adelante) y las de cadena será menor en el grupo con predominio de evaluación (Grupo 1). Siendo estas verbalizaciones motivadoras las que más adquieren su significado en relación con el discurso del cliente, parecería razonable que fueran proporcionalmente más numerosas en momentos en los que, de estarse impulsando al cambio, sería de una forma general y buscando, tal vez, favorecer el compromiso con el proceso de cambio que supone la terapia recién comenzada (esto es, tratando de conseguir una mayor adhesión al tratamiento).
- 3) Existirán diferencias entre ambos grupos de experiencia de terapeutas en cuanto a la frecuencia y/o forma de las verbalizaciones motivadoras que emiten. Parte del objetivo de este trabajo es clarificar la misión de la verbalización motivadora como potenciadora del cambio; en caso de que

realmente sea así, cabe esperar que aquellos terapeutas con más experiencia estarán más inclinados a usarla habitualmente.

2. MÉTODO

2.1. *Participantes.*

En este estudio se trabajó sobre los registros realizados con las grabaciones de 88 sesiones clínicas, correspondientes a 18 casos de distintos problemas psicológicos, tratados por 9 terapeutas conductuales con diferentes grados de experiencia. En todos los casos, los clientes eran adultos y la intervención fue individual.

2.2. *Variables e instrumentos.*

Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta

Basándonos en el sistema SISC-CVT elaborado por el grupo de investigación (Froján *et al.*, 2011), cuyas categorías se basaron en las *operaciones conductuales básicas* propuestas por Pérez (1996b), se centró el foco de análisis sobre la conducta verbal motivadora, dando lugar a varios subtipos cuya creación se esperaba que permitiera un estudio en mayor detalle de esta función. Son estos subtipos los que constituirían las variables de estudio en este trabajo. Todas ellas eran *variables evento*, con lo que la medida calculada fue la frecuencia en todos los casos.

VARIABLES RELATIVAS A LA TERAPIA

Se estudiaron, como variables de bloqueo, 1) el grupo al que pertenecía cada sesión según la actividad clínicamente relevante que predominara en ella y 2) el nivel de experiencia del terapeuta en dos niveles: experto (experiencia igual o mayor de 10 años de trabajo clínico) y no experto (experiencia menor de 10 años en trabajo clínico).

Como ya se ha dicho, en trabajos previos del grupo (Ruiz, 2011) se distribuyó la muestra completa en cuatro conglomerados según la actividad clínicamente relevante que predominara. Dado que este estudio se realiza con la misma muestra, se mantendrá la asignación que se elaboró en su momento de cada sesión a un conglomerado.

Instrumento: el SISC-MOT-T

Tomando como punto de partida el protocolo de clasificación y registro SISC-INTER-CVT, se buscó crear un sistema de clasificación que permitiera un estudio detallado de la verbalización motivadora.

Para esto, se mantuvo la definición de verbalización motivadora inicial, que incluía aquellas verbalizaciones en las que “se haga referencia a las consecuencias de la actuación del cliente sobre el cambio, tanto cuando estas consecuencias sean positivas como cuando sean negativas”.

Para estudiar en detalle la verbalización motivadora se hizo necesario subdividirla a su vez según un criterio que fuera consistente con el énfasis en la posible función de cada verbalización que ha caracterizado a los sistemas de

clasificación elaborados por el grupo. La división que sigue fue fruto de un proceso en el que, en primer lugar, se propusieron subclases de la verbalización motivadora por parte de una terapeuta experta y directamente involucrada en el desarrollo y mejora del SISC-INTER-CVT; posteriormente, estas sugerencias se pusieron a prueba mediante la observación, por parte de dos observadores independientes, de diez sesiones elegidas al azar de entre la muestra estudiada. Después de estas observaciones preliminares, y a través de discusiones y propuestas nuevas del equipo, se llegó a una primera versión del sistema que fue puesto a prueba de nuevo con la observación de las mismas diez sesiones por parte de los mismos observadores independientes, cuyas tasas de acuerdo e índices kappa se calcularon después. Este proceso de propuesta-acuerdo-observación-evaluación de la observación se repitió hasta que las definiciones eran lo suficientemente precisas y excluyentes como para que el acuerdo medido en índice kappa entre los observadores pudiera considerarse “bueno” (0,60-0,75) o “excelente” (superior a 0,75) (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977). El resultado final del proceso, denominado en adelante SISC-MOT-T se refleja de forma abreviada a continuación. El lector podrá encontrar en el Anexo B la guía de acuerdos completa.

Se consideran los siguientes tipos de verbalización motivadora:

- Motivadoras coloquiales: aquellas en las que el terapeuta anima al cliente a seguir un determinado curso de acción sin hacer explícita una contingencia (verbalizaciones de ánimo, etc). Típicamente requerirán del contexto para que su función motivadora sea clara (por ejemplo: “estoy seguro de que tú puedes hacerlo”).
- Motivadoras de cadena: aquellas en las que el terapeuta explicita una contingencia referente a algún curso de acción concreto a tomar por el cliente. Se debe clasificar a su vez según tres dimensiones:
 - Contexto discriminativo: general o específico. Hace referencia al contexto en el cual se dará la contingencia explicitada por el terapeuta. El contexto general hará referencia a contingencias que no requieren de una gran discriminación porque son, hablando en términos coloquiales, iguales para todo el mundo y todo momento (por ejemplo, “si uno no hace nada, acaba por deprimirse”). El contexto específico supone la concreción por parte del terapeuta de un momento, lugar o combinación de ambos en el que la contingencia se dará. Se codificó como específico incluso cuando la concreción hacía referencia no tanto a un momento único como a uno que podría darse varias veces. Así, se considerarían de contexto discriminativo específico verbalizaciones como “si este martes al ver a tu madre le das un abrazo te sentirás mejor”, y también como “si cada vez que ves a tu madre le das un abrazo te sentirás mejor”.

- **Conducta:** acción u omisión. Se dividen así las posibles indicaciones del terapeuta que, al adelantar o remarcar una contingencia, puede especificar si esta se dará cuando el cliente *haga* algo o cuando el cliente *deje de hacer* o *no haga* algo (por ejemplo, “si no saludas a la hermana de tu marido, la relación entre vosotras se resentirá” sería una motivadora de cadena por omisión, mientras que “en cuanto practiques la respiración de forma sistemática se sentirás mucho mejor” sería una motivadora de cadena por acción).
- **Consecuente:** clarifica el tipo de estimulación consecuente resaltado en la contingencia. Como reflejo de las distintas modalidades de castigo y refuerzo, pero atendiendo a que en la mayoría de los casos se hace referencia a una contingencia futura o hipotética, lo que convertiría el uso de los términos “castigo” y “refuerzo” en impropios, se divide en apetitivo por presentación, apetitivo por retirada, aversivo por presentación y aversivo por retirada o no presentación (por ejemplo: “cuando adquirieras la costumbre de ser efusiva, la gente te responderá igual” sería apetitiva por presentación; “si te enfrentas a ello, verás cómo dejas de sentirte así” sería apetitiva por retirada; “cuando uno se comporta mal con los demás, los demás pueden hacer lo mismo” sería aversiva por presentación; y “si no eres sistemático con esto, no mejorarás tan rápido como te gustaría” sería aversiva por retirada).

Dado que el SISC-MOT-T es una extensión del SISC-INTER-CVT, y que las verbalizaciones motivadoras seguirían los criterios de clasificación de este, durante todo el proceso de recogida de datos se utilizaron ambos sistemas.

Los registros de las sesiones fueron realizados con la ayuda del software The Observer XT 10.5. Los análisis de acuerdos intra e interjueces fueron también realizados en este mismo software, que cuenta con las herramientas necesarias para este tipo de análisis. En cuanto a los análisis estadísticos de los datos, fueron llevados a cabo con el software SPSS en sus versiones 15 y 19 *portable*.

2.3. Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra de sesiones ya registradas que se utilizarían para el presente trabajo, un observador (en adelante “observador 1”) revisaba el registro original, realizado con el SISC-INTER-CVT, para identificar las verbalizaciones motivadoras. Una vez identificada alguna, y atendiendo a su contenido, la incluía en su propio registro específico para verbalizaciones motivadoras, con los correspondientes modificadores expuestos anteriormente. Posteriormente, y de nuevo atendiendo a su contenido, revisaba las partes inmediatamente anterior y posterior del registro original para delimitar la extensión del bloque motivador (ver Anexo B). Una vez realizado esto, se proseguía revisando el registro original y repitiendo estos pasos cada vez que aparecía en este una verbalización motivadora.

Para asegurar una coherencia en el registro, así como la utilidad del instrumento, se realizaban periódicamente pruebas de concordancia inter-observador. Para ello, de cada diez sesiones registradas por el observador 1, una –seleccionada al azar– era también registrada por el otro observador implicado en el proceso de depuración del SISC-MOT-T (en adelante, “observador 2”), y posteriormente se realizaban análisis de concordancia entre los observadores, calculando el *porcentaje de acuerdo* entre ellos y el *coeficiente Kappa de Cohen* (Cohen, 1960), que tiene como principal ventaja frente al anterior el hecho de que corrige los posibles acuerdos debidos al azar. Si bien puede haber dudas acerca de qué valores de Kappa pueden ser considerados los propios de grados aceptables de concordancia entre observadores (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997), se consideran *pobres* aquellos inferiores a 0,40, *razonables* aquellos entre 0,40 y 0,60, y, como se dijo anteriormente, *buenos* a los situados entre 0,60 y 0,75 y *excelentes* a los superiores a 0,75 (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977).

Las sesiones que eran observadas por el observador 2 eran registradas de nuevo por el observador 1, habiendo transcurrido un lapso de tiempo no inferior a quince días entre la primera observación y la segunda, para asegurar una correcta fiabilidad intra-observador.

Los resultados de estos análisis de concordancia para cada una de las nueve sesiones que formaron parte de este proceso de depuración se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Estudio de las fiabilidades inter- e intra-observador durante el proceso de depuración del SISC-MOT-T

Estudio de fiabilidades				
Sesión	Fiabilidad inter-observador		Fiabilidad intra-observador	
	Porcentaje de acuerdo	kappa	Porcentaje de acuerdo	kappa
1	84	0,80	100	1,00
2	72	0,67	87	0,84
3	80	0,77	86	0,82
4	85	0,82	87	0,85
5	72	0,69	81	0,78
6	87	0,85	87	0,85
7	81	0,78	76	0,71
8	89	0,87	97	0,97
9	75	0,71	95	0,94

Una vez registradas las 88 sesiones mediante el SISC-MOTIV-T, los datos del programa de registro fueron exportados al programa de análisis estadístico, donde se llevaron a cabo los análisis pertinentes. Cabe destacar que los contrastes de medias realizados en este trabajo se realizaron a través de pruebas no paramétricas; esto es así porque, tras la realización de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Levene, se concluyó que las variables utilizadas no cumplían los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

3. RESULTADOS

En primer lugar se presentan los datos descriptivos referidos a la verbalización motivadora en sus múltiples formas para, a continuación, reflejar los datos obtenidos de la comprobación de las hipótesis planteadas en el primer apartado de este estudio.

3.1. *Análisis descriptivo.*

En este primer grupo de datos (Tabla 2), se muestran los estadísticos descriptivos de todos los subgrupos de verbalizaciones motivadoras, sin separarlos por conglomerado o experiencia del terapeuta. En ella se presentan en primer lugar los dos grandes tipos de verbalización motivadora y a continuación las medidas resultantes de considerar cada uno de los niveles en los que se subdivide la verbalización motivadora de cadena según su especificación del valor del consecuente (apetitivo o aversivo), contexto (general o específico), modalidad de conducta (por acción o por omisión) y variación estimular (por presentación o retirada del estímulo consecuente).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para los distintos tipos de verbalización motivadora

	Media	DT	Suma
Coloquial	2,273	2,745	200
Cadena	9,216	8,551	811
Consecuente apetitivo	6,943	6,568	611
Consecuente aversivo	2,273	2,856	200
Contexto general	0,739	1,705	65
Contexto específico	8,477	8,305	746
Conducta por acción	8,057	7,586	709
Conducta por omisión	1,159	1,748	102
Presentación de estímulo	5,409	5,449	476
Retirada de estímulo	3,807	4,008	335

Resulta llamativa la primacía, dentro de las verbalizaciones motivadoras de cadena, de las dimensiones *contexto específico*, *acción*, *consecuente apetitivo* y *presentación del estímulo*.

3.2 *Contrastes de medias (hipótesis 1 y 2)*

Para poner a prueba la hipótesis de que las verbalizaciones motivadoras diferirán según el conglomerado al que pertenezca la sesión en la que se emiten y detallar cómo es esta variación, se llevaron a cabo varias comparaciones de medias. Buscando una información más detallada acerca de la manera en la que estas diferencias se mostraban, se hicieron contrastes que comparaban las verbalizaciones motivadoras en sus distintas modalidades.

En primer lugar, se hizo un análisis descriptivo de la distribución de las verbalizaciones motivadoras según los conglomerados (ver tabla 3).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para las verbalizaciones motivadoras de cadena y coloquiales según los conglomerados de actividades clínicamente relevantes.

	Conglomerados											
	1 (Evaluación)			2(Explicación)			3(Tratamiento)			4(Consolidación)		
	Media	DT	Suma	Media	DT	Suma	Media	DT	Suma	Media	DT	Suma
Cadena	3,250	4,612	52	7,450	7,134	149	11,214	8,850	314	12,333	9,286	296
Coloquial	2,125	2,918	34	2,050	1,820	41	2,000	1,563	56	2,875	4,100	69

A continuación, y usando la prueba de Kruskal-Wallis, se realizó una comparación entre medias usando la variable conglomerado como variable de agrupación, dividiendo la variable motivadora en “coloquial” y “de cadena” (ver tabla 4).

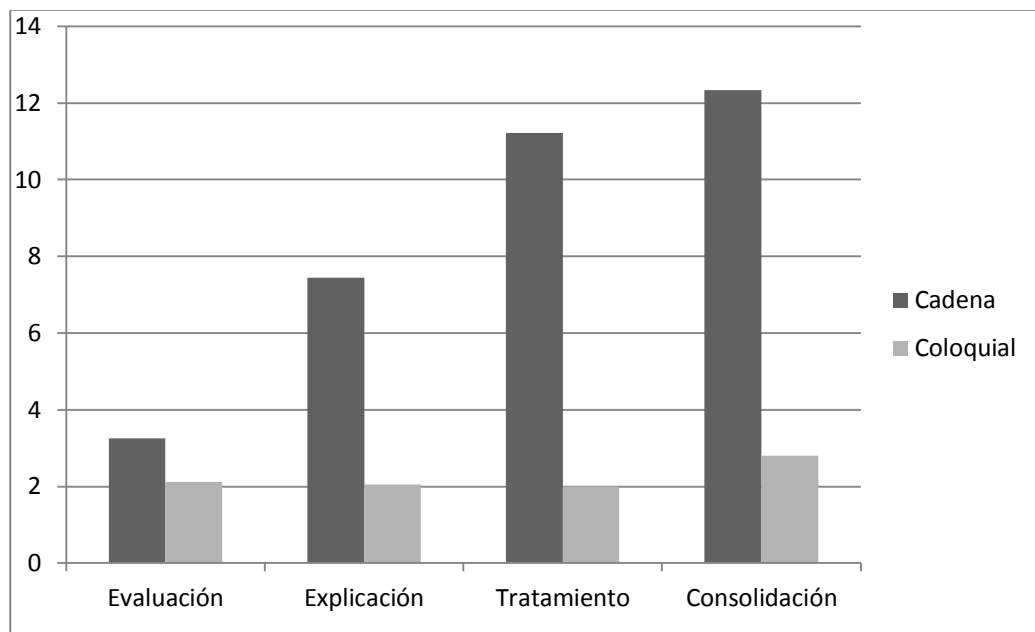
Tabla 4. Estadístico de contraste y nivel crítico para la verbalización motivadora dividida según tipo aplicando la prueba H de Kruskal-Wallis.

Prueba de Kruskal-Wallis		
Verbalizaciones motivadoras	X_3^{2a}	P
Cadena	18,308	0,000**
Coloquial	1,548	0,671

^a El estadístico *H* se distribuye según el modelo de probabilidad *chi cuadrado*, por lo que se presenta el estadístico X^2 , en este caso con tres grados de libertad.

** Significativo tomando en consideración $\alpha=0,01$

Como se puede observar, existe una diferencia de medias significativa para la verbalización motivadora de cadena según el conglomerado. Sin embargo, la verbalización motivadora de tipo coloquial no parece mostrar esta diferencia, distribuyéndose de forma más uniforme a lo largo del tratamiento (véase la gráfica 1).



Gráfica 1. Representación de las medias de ocurrencia por sesión de las verbalizaciones motivadoras según tipo en los distintos conglomerados de actividades clínicamente relevantes.

Si bien la prueba H de Kruskal-Wallis nos informa de la existencia de una diferencia estadísticamente significativa en las variables según la variable de

bloqueo, no nos dice entre qué niveles de la variable está esta diferencia. Esto hace necesario el uso de la prueba U de Mann-Whitney, cuyos resultados para los tipos de verbalización motivadora (coloquial o de cadena) según conglomerados se muestran a continuación (ver Tabla 5).

Tabla 5. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada variable del cliente aplicando la prueba U de Mann-Whitney

	Comparaciones entre grupos											
	EV.-EXP.		EV.-TTO.		EV.-CON.		EXP.-TTO.		EXP.-CON.		TTO.-CON.	
	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P
Coloquial	-0,895	0,371	-1,097	0,273	-1,116	0,264	-0,054	0,957	-0,192	0,847	-0,206	0,836
Cadena	-2,051	0,040*	-3,537	0,000**	-3,792	0,000**	-1,434	0,151	-1,842	0,065	-0,533	0,594

EV.= Grupo de evaluación (conglomerado 1); EXP.= Grupo de explicación (conglomerado 2); TTO.= Grupo de tratamiento (conglomerado 3); CON.= Grupo de consolidación (conglomerado 4)

* Significativo tomando en consideración $\alpha=0,05$

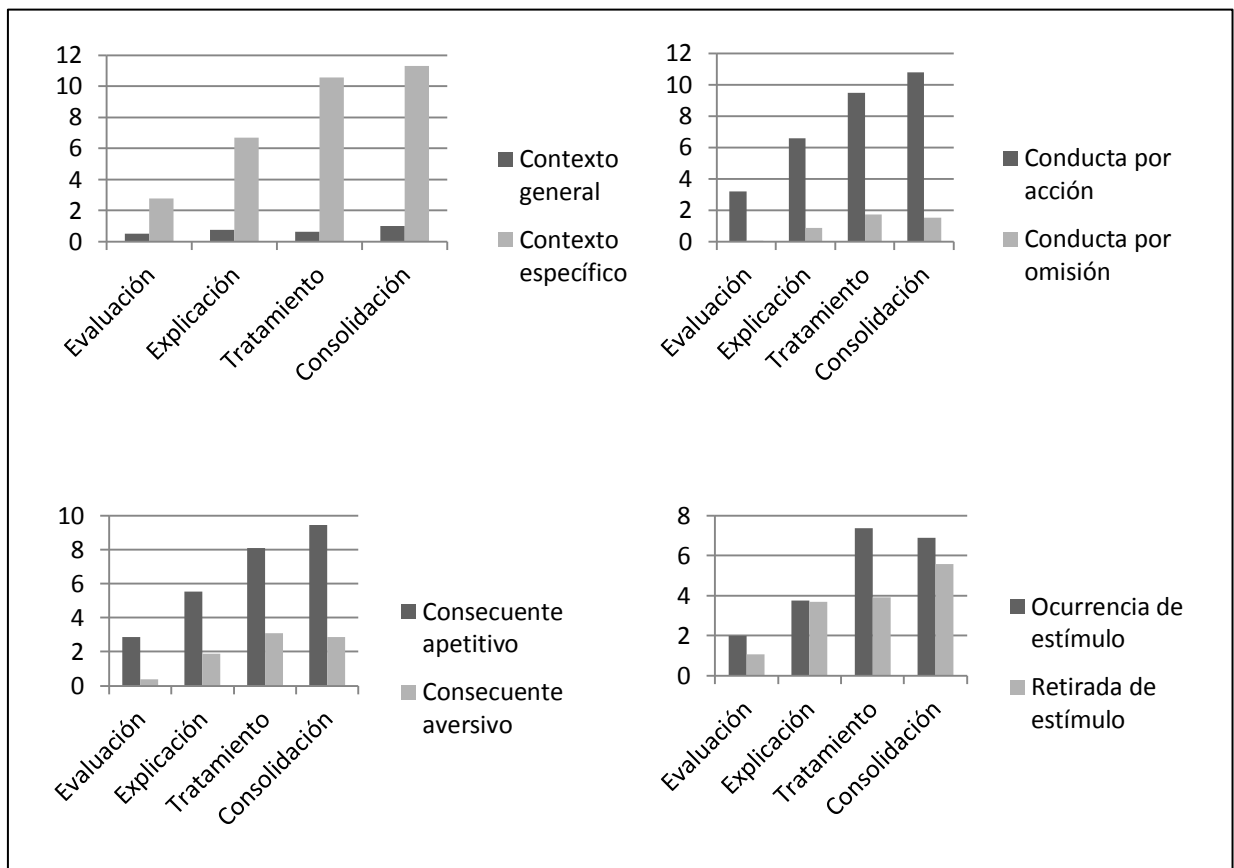
** Significativo tomando en consideración $\alpha=0,01$

Como ya se había concluido de la prueba de Kruskal-Wallis, la verbalización motivadora coloquial no muestra ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los conglomerados. Sin embargo, la verbalización motivadora de cadena sí que muestra diferencias significativas, concretamente entre el grupo de evaluación y los de tratamiento y consolidación. También hay una diferencia significativa entre el grupo de evaluación y el de explicación. Entre los grupos de tratamiento y explicación, tratamiento y consolidación y explicación y consolidación no hay diferencias significativas, lo que significa que, con respecto a la motivadora, una vez se ha evaluado y explicado, el tratamiento y la consolidación son idénticos.

A continuación, se realizó la misma batería de pruebas pero tomando única y exclusivamente la verbalización motivadora de cadena. En este caso, los contrastes se hicieron entre los distintos valores que pueden presentar los niveles de la verbalización motivadora de cadena (contexto discriminativo, conducta, valor del consecuente y variación estimular). En primer lugar, se realizaron los pertinentes análisis descriptivos (ver tabla 6 y gráfica 2).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos según conglomerados para los niveles de la verbalización motivadora de cadena: consecuente (apetitivo o aversivo), contexto (general o específico), conducta (acción u omisión) y variación estimular (presentación o retirada del estímulo)

	Conglomerados											
	1(Evaluación)			2(Explicación)			3(Tratamiento)			4(Consolidación)		
	Media	DT	Suma	Media	DT	Suma	Media	DT	Suma	Media	DT	Suma
Apetitivo	2,875	4,485	46	5,550	6,013	111	8,107	6,414	227	9,458	7,102	227
Aversivo	0,375	0,806	6	1,900	2,594	38	3,107	3,348	87	2,875	2,802	69
General	0,500	0,816	8	0,750	2,149	15	0,643	1,967	18	1,000	1,445	24
Específico	2,750	4,123	44	6,700	7,049	134	10,571	8,421	296	11,333	9,277	272
Acción	3,188	4,549	51	6,600	6,402	132	9,500	7,772	266	10,833	8,396	260
Omisión	0,063	0,250	1	0,850	1,137	17	1,714	2,123	48	1,500	1,934	36
Presentación	2,000	2,898	32	3,750	3,291	75	7,286	6,417	204	6,875	5,705	165
Retirada	1,250	2,236	20	3,700	4,342	74	3,929	3,299	110	5,458	4,662	131



Gráfica 2. Comparación en los distintos grupos de sesiones de las dimensiones de la verbalización motivadora de cadena. De izquierda a derecha y de arriba abajo: contexto discriminativo, modalidad de conducta, tipo de consecuente y variación estimular.

En cuanto a los contrastes de medias, de nuevo se realizó la prueba H de Kruskal-Wallis para comprobar si la verbalización motivadora de cadena se diferenciaba de forma significativa en los distintos grupos de sesiones según conglomerados; esto es, si existe una relación entre la actividad clínicamente relevante que el terapeuta esté desempeñando en esa sesión y cómo emite sus verbalizaciones motivadoras (ver Tabla 7).

Tabla 7. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada nivel de la verbalización motivadora de cadena aplicando la prueba H de Kruskal-Wallis

Prueba de Kruskal-Wallis		
Verbalizaciones motivadoras de cadena	X_3^{2a}	P
Apetitivo	17,288	0,001*
Aversivo	16,679	0,001*
General	5,404	0,144
Específico	18,450	0,000*
Acción	17,700	0,001*
Omisión	12,190	0,007*
Presentación	16,501	0,001*
Retirada	14,965	0,002*

^a: El estadístico *H* se distribuye según el modelo de probabilidad *chi cuadrado*, por lo que se ofrece el valor del estadístico X^2 , en este caso con tres grados de libertad.

*Significativo tomando en consideración $\alpha=0,01$

Como puede observarse, existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de verbalización motivadora de cadena que se usa según los distintos conglomerados. Las únicas verbalizaciones motivadoras de cadena que no muestran una diferencia significativa entre conglomerados en su frecuencia son las motivadoras de cadena de contexto general. Una vez más, se

realizó la prueba U de Mann-Whitney para comprobar entre qué conglomerados existían estas diferencias (ver Tabla 8).

Tabla 8. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada valor de cada nivel de la verbalización motivadora de cadena aplicando la prueba U de Mann-Whitney.

	Comparaciones entre grupos											
	EV.-EXP.		EV.-TTO.		EV.-CON.		EXP.-TTO.		EXP.-CON.		TTO.-CON.	
	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P
Apetitivo	-1,483	0,138	-3,438	0,001**	-3,811	0,000**	-1,584	0,113	-2,079	0,038*	-0,672	0,502
Aversivo	-2,041	0,041*	-3,522	0,000**	-3,808	0,000**	-1,510	0,131	-1,627	0,104	-0,019	0,985
General	-0,671	0,502	-0,982	0,326	-1,018	0,309	-0,215	0,830	-1,637	0,102	-2,071	0,038*
Específico	-2,236	0,025*	-3,708	0,000**	-3,768	0,000**	-1,530	0,126	-1,785	0,074	-0,285	0,776
Acción	-1,988	0,047*	-3,403	0,001**	-3,903	0,000**	-1,342	0,180	-1,949	0,051	-0,718	0,473
Omisión	-2,629	0,009**	-3,331	0,001**	-2,939	0,003**	-1,215	0,224	-0,843	0,399	-0,407	0,684
Presentación	-2,066	0,039*	-3,524	0,000***	-3,224	0,001**	-1,913	0,056	-1,882	0,060	-0,009	0,993
Retirada	-2,269	0,023*	-2,909	0,004**	-3,806	0,000**	-0,686	0,492	-1,589	0,112	-1,016	0,309

EV.= Grupo de evaluación (conglomerado 1); EXP.= Grupo de explicación (conglomerado 2); TTO.= Grupo de tratamiento (conglomerado 3); CON.= Grupo de consolidación (conglomerado 4)

* Significativo tomando en consideración $\alpha=0,05$

** Significativo tomando en consideración $\alpha=0,01$

Al igual que ocurría al comparar los tipos de motivadora, se encuentra que el grupo correspondiente a la evaluación (el conglomerado 1) es el único que muestra diferencias significativas con el resto de conglomerados en prácticamente todos los niveles analizados de la verbalización motivadora de cadena. De hecho, fuera de esa regla general sólo se encuentra una diferencia significativa en la emisión de verbalizaciones motivadoras de cadena de consecuente apetitivo entre los conglomerados de explicación y consolidación.

En vista de los datos, se comprueba la hipótesis 1, así como las hipótesis 2 b y 2 c.

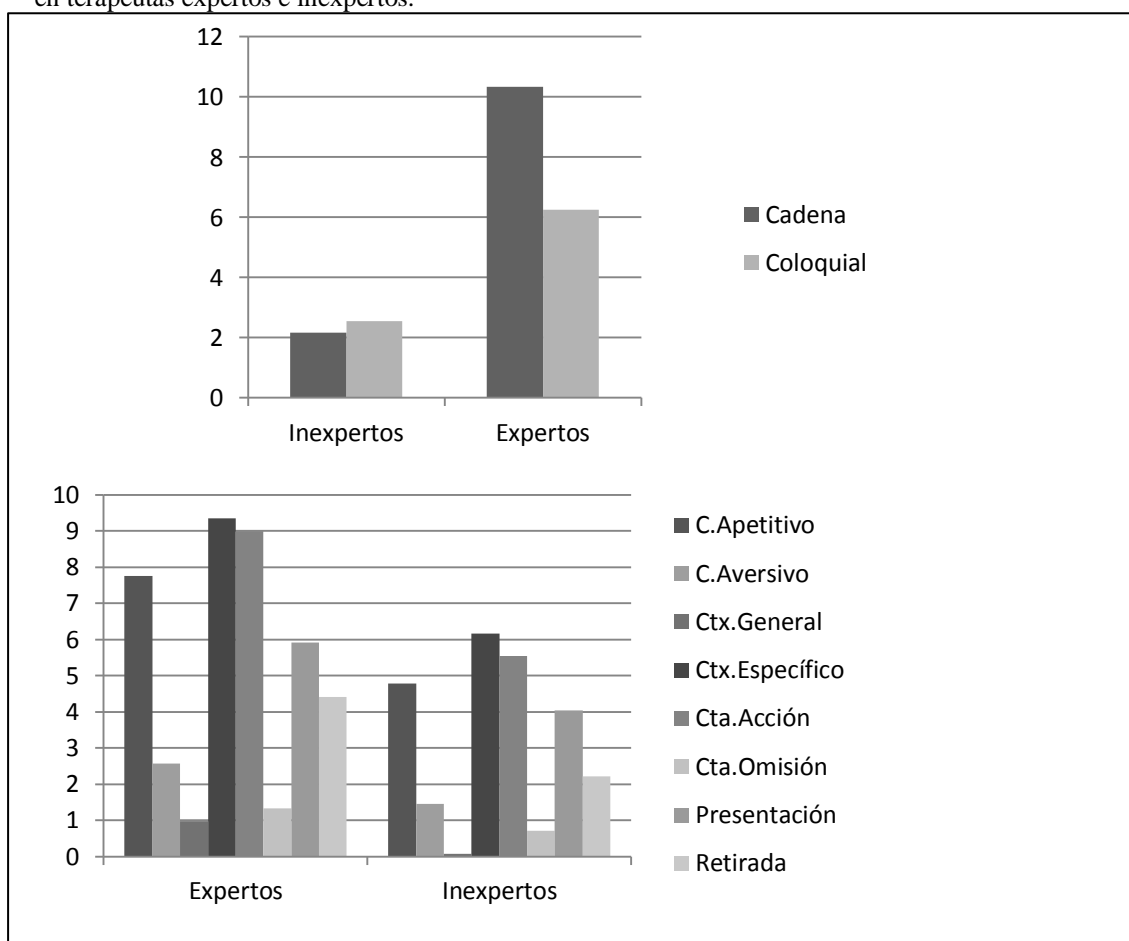
3.3 *Contrastes de medias (hipótesis 3).*

Para la clarificación de las diferencias en la emisión de verbalizaciones motivadoras entre terapeutas expertos e inexpertos, se siguió un proceso análogo al usado para la exploración de las diferencias en la verbalización motivadora en los distintos conglomerados. A continuación se presentan los datos de media y desviación típica por sesión de las verbalizaciones motivadoras según experiencia del terapeuta. En la tabla 9 presentada a continuación se muestran en primer lugar los dos grandes tipos de verbalización motivadora (coloquial y de cadena), para pasar después a los subtipos de verbalizaciones motivadoras de cadena según valor del consecuente (apetitivo o aversivo), contexto discriminativo (general o específico), modalidad de la conducta (por acción o por omisión) y variación estimular (presentación o retirada de estímulo) (ver también gráficas 6 y 7)

Tabla 9. Estadísticos descriptivos y suma de las ocurrencias de verbalizaciones motivadoras según experiencia del terapeuta.

	Experiencia					
	Experto			Inexperto		
	Media	DT	Suma	Media	DT	Suma
Coloquial	2,172	2,193	139	2,542	3,901	61
Cadena	10,328	8,939	661	6,250	6,713	150
Apetitivo	7,750	6,740	496	4,792	5,664	115
Aversivo	2,578	2,996	165	1,458	2,303	35
General	0,984	1,939	63	0,083	0,282	2
Específico	9,344	8,755	598	6,167	6,578	148
Acción	9,000	7,962	576	5,542	5,912	133
Omisión	1,328	1,861	85	0,708	1,334	17
Presentación	5,922	5,680	379	4,042	4,611	97
Retirada	4,406	4,264	282	2,208	3,189	53

Gráfica 3. Izquierda: comparación de las medias de emisión por sesión de motivadoras de cadena y coloquiales para terapeutas expertos e inexpertos. Derecha: comparación de las medias de emisión por sesión de los distintos valores de las dimensiones de la verbalización motivadora de cadena en terapeutas expertos e inexpertos.



Dado que en esta ocasión se están comparando dos muestras independientes, se realizó directamente una prueba U de Mann-Whitney (ver Tabla 10).

	Comparaciones entre grupos	
	Expertos-Inexpertos	
	Z	P
Coloquial	-0,263	0,793
Cadena	-1,929	0,054
Consecuente apetitivo	-1,984	0,047*
Consecuente aversivo	-1,878	0,060
Contexto general	-2,655	0,008**
Contexto específico	-1,366	0,172
Conducta por acción	-1,920	0,055
Conducta por omisión	-1,190	0,234
Presentación de estímulo	-1,290	0,197
Retirada de estímulo	-2,297	0,022*

Tabla 10: Estadístico de contraste y nivel crítico para cada tipo de verbalización motivadora y los subtipos de la verbalización motivadora de cadena aplicando la prueba U de Mann-Whitney.

* Significativo tomando en consideración $\alpha=0,05$

** Significativo tomando en consideración $\alpha=0,01$

Como puede verse, hay diferencias estadísticamente significativas en la emisión de motivadoras de cadena que adelantan un consecuente apetitivo, las que anticipan la retirada de un estímulo y las que se enmarcan en un contexto general. Esto nos permite considerar que la hipótesis 3 se comprueba para esta muestra.

4. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos, se pueden destacar varios aspectos importantes. En primer lugar, las verbalizaciones motivadoras se distribuyen a lo

largo del tratamiento de acuerdo con la actividad clínicamente relevante que se está llevando a cabo, y alcanzan frecuencias máximas en el bloque de consolidación. Las verbalizaciones motivadoras de cadena tienen su mínima frecuencia en el bloque de evaluación, bloque en el que su diferencia con la frecuencia de las coloquiales es mínima. Además, teniendo en cuenta las frecuencias de los distintos tipos de motivadora, concluimos que la verbalización motivadora más usada es la verbalización motivadora de cadena de contexto específico, por acción y con un consecuente apetitivo por presentación. Por su parte, las motivadoras de cadena que anticipan consecuentes aversivos son más frecuentes en el grupo de tratamiento, y las que plantean un contexto discriminativo general son más frecuentes en el grupo de consolidación. Este último dato acerca del carácter general o específico de las verbalizaciones motivadoras tiene gran relevancia clínica, por lo que le dedicaremos atención más adelante.

En cuanto a las diferencias en la emisión de motivadoras entre expertos e inexpertos, se comprueba que son significativas y que los primeros hacen más hincapié en la generalización de las contingencias que especifican.

Un resultado que llama la atención es que, dentro de las verbalizaciones motivadoras de cadena, el esquema *contexto específico, acción, consecuente apetitivo por presentación* sea la más común. Este tipo de verbalización motivadora podría ejemplificarse en algo tan sencillo como “si cada vez que ves a tu pareja le sonríes, él te sonreirá también”. Indudablemente, y dado que el proceso de cambio terapéutico está dirigido en último término a hacer que el

cliente lleve a cabo ciertos cambios que le acercarán al objetivo terapéutico marcado, el resaltar los consecuentes apetitivos de sus actos parece lo más lógico. En ocasiones el terapeuta tendrá que hacer énfasis en que, independientemente de lo complicada que sea una tarea, lo que va a recibir el cliente es algo beneficioso, función que cumple perfectamente este esquema.

En cuanto al tipo de motivadora, coloquial o de cadena, es esta última la que se emite con mayor frecuencia. Esta frecuencia, además, es significativamente mayor en los grupos de explicación, tratamiento y consolidación que en el de evaluación, cosa que tiene bastante sentido si consideramos, como anticipábamos en el planteamiento de las hipótesis (concretamente de la **hipótesis 2 b**), que cuando un clínico está evaluando no está impulsando al cliente en un curso de acción concreto (esto es, expresando una contingencia específica), sino ayudarle a que se comprometa con el cambio y con la terapia, pertenezca la sesión o no a lo que comúnmente se considera “fase de evaluación”.

El que la verbalización motivadora de cadena sea más común que la verbalización motivadora coloquial puede obedecer a una característica propia de la terapia de conducta: el terapeuta de conducta es directivo en cuanto a que marca claramente el camino que debe seguirse para conseguir los objetivos terapéuticos marcados, y por lo tanto utiliza su discurso como herramienta para indicar claramente qué se debe hacer a continuación y cómo. Esto requerirá, habitualmente, de muchos tipos de verbalización, pero indudablemente la verbalización motivadora servirá de apoyo al anticipar una serie de contingencias

(apetitivas o aversivas) que puedan impulsar al cliente hacia una dirección u otra con mayor probabilidad que la simple indicación.

En cuanto a la **hipótesis 2 c**, si bien no es cierto que la verbalización motivadora coloquial alcance su frecuencia máxima en el grupo correspondiente a la evaluación, sí es cierto que es el grupo en el que su diferencia con la verbalización motivadora de cadena es más reducida. Esto nos indica que el uso de la verbalización motivadora coloquial es comparativamente mayor en ese grupo, siendo casi la mitad de las motivadoras emitidas de tipo coloquial, mientras que en otros la proporción es mucho más desigual (siempre a favor de la de cadena). En el grupo correspondiente a la consolidación, la verbalización motivadora coloquial aumenta de nuevo en frecuencia; una vez más, esto refleja al terapeuta emitiendo verbalizaciones de valoración positiva de los cambios experimentados por el cliente, e impulsándole a mantenerlos.

Por lo tanto, y aunque solo nos fijemos en esta dicotomía coloquial-cadena dentro de las verbalizaciones motivadoras, encontramos que la **hipótesis 1** de diferencia en la emisión de motivadoras se cumple: si prestamos atención únicamente a las verbalizaciones motivadoras de cadena, encontramos que aquellas que anticipan un consecuente aversivo presentan un aumento de su frecuencia en el grupo con predominio de tratamiento, momento en el que también experimentan un aumento de frecuencia aquellas que se refieren a una contingencia en la que la respuesta expresada es la omisión de acción. Considerando que en el grupo de tratamiento el terapeuta está recibiendo información sobre cómo está resultando la aplicación de las técnicas que, tras la

evaluación, puso en marcha o instruyó al cliente para poner en marcha, es esperable que sea también el momento en el que aparezcan más frecuentemente verbalizaciones de no seguimiento de las tareas por parte del cliente, sea este no seguimiento una anticipación o una descripción de lo ocurrido. Que aumenten en frecuencia las verbalizaciones motivadoras que esencialmente responden al modelo de “si no haces esto, ocurrirá algo desagradable para ti” resulta de todo punto coherente con el modo de trabajo, fundamentalmente directivo, del terapeuta de conducta. En cualquier caso, y pese a lo propuesto en la **hipótesis 2a**, en la que se anticipaba que las verbalizaciones motivadoras de cadena tendrían su mayor uso en el grupo de tratamiento, todos los tipos de verbalización motivadora alcanzan su mayor frecuencia en el grupo de consolidación. Una posible explicación para esto es que en el bloque de tratamiento las propias consecuencias directas de seguir las instrucciones son motivadoras en sí (por la mejoría en la situación del cliente que suponen), mientras que en la consolidación el terapeuta puede estar intentando compensar el efecto de la habituación a estas consecuencias emitiendo más verbalizaciones motivadoras para evitar que exista un efecto de abatimiento sobre las conductas instauradas.

En cuanto a la dimensión del contexto de la contingencia (la dicotomía general-específico), y a pesar de que los datos deben ser tomados con cautela por la abismal diferencia de frecuencias a favor del contexto específico y la escasez de las de contexto general, encontramos también una tendencia reseñable: las verbalizaciones motivadoras de contexto general aumentan en el grupo de sesiones correspondientes a la actividad clínicamente relevante de *consolidación*,

el momento dedicado, precisamente, a la generalización de lo aprendido. Diluir (o ampliar) el contexto discriminativo de la instrucción que en muchas ocasiones acompaña o contextualiza a la verbalización motivadora es un paso lógico de este proceso. Es cierto que la verbalización motivadora de cadena de contexto general se usa muy poco en proporción con la verbalización motivadora de cadena de contexto específico, lo cual puede ser debido, de nuevo, a un factor propio de la terapia de conducta: el énfasis en la acción y en las tareas terapéuticas. Estas requerirán una formulación clara del contexto discriminativo para ser adecuadamente llevadas a cabo. El aumento de la frecuencia de emisión de la motivadora de contexto general puede obedecer a que el terapeuta, en estos momentos, tenga el objetivo de hacer más fácilmente generalizables las contingencias expresadas mediante la verbalización motivadora de cadena, de tal manera que el cliente pueda responder a ellas en una variedad de contextos y/o extraer reglas de comportamiento que pueda aplicar en contextos distintos.

En lo que respecta a la **hipótesis 3**, los resultados nos permite afirmar que se cumple: efectivamente, la diferencia de emisión de verbalizaciones motivadoras entre los terapeutas expertos y los inexpertos es evidente, aunque es significativa solo en cuanto a la diferencia de emisión de verbalizaciones motivadoras de cadena de contexto general, las que adelantan la retirada de un estímulo y las que anticipan un consecuente apetitivo, todas ellas más usadas por los terapeutas expertos. Por debajo de la significación estadística, aunque cercanas a ella, está la diferencia en la emisión de verbalizaciones motivadoras de cadena, las que anticipan un consecuente aversivo y las que se refieren a una

conducta por acción. Por lo tanto, los resultados muestran que el terapeuta experto usa más la verbalización motivadora, pero esta diferencia se concreta en su anticipación de lo bueno que se conseguirá con una acción, la desaparición de algún elemento actualmente presente y, sobre todo, su mayor uso de contextos generales, tal vez buscando favorecer la generalización de la contingencia que se está explicitando. El que los terapeutas noveles no utilicen con la misma frecuencia la verbalización motivadora puede obedecer a una gran cantidad de motivos; posiblemente no tengan la experiencia (o, lo que es lo mismo, la historia de aprendizaje) para poder anticipar al cliente los beneficios del tratamiento de una forma tan inequívoca o explícita como puedan hacerlo los terapeutas expertos. Es posible que en su discurso prime la exposición de los beneficios de seguir un determinado curso de acción pero expresados de forma impersonal (la verbalización informativa del SISC-INTER-CVT) sobre la anticipación de una contingencia. Lo mismo cabe decir de la diferencia en cuanto a la mayor frecuencia de las verbalizaciones motivadoras de cadena con consecuente en forma de retirada de un estímulo presente: la falta de experiencia puede llevar a los terapeutas inexpertos a un exceso de prudencia a la hora de anticipar los consecuentes que seguirán a la conducta del cliente.

En cualquier caso, son resultados interesantes que arrojan algo más de luz sobre la diferencia entre terapeutas expertos e inexpertos, y que pueden ayudar a concretar el campo habitualmente nebuloso de qué tiene que hacer uno para comportarse de manera más eficaz (característica que se le supone a un terapeuta experto); si, como sugieren algunas investigaciones, el éxito de las terapias

depende en cierta medida de la experiencia del terapeuta, esto es así porque la experiencia ha moldeado la conducta del terapeuta experto para hacerla más exitosa, en particular su conducta verbal y paraverbal. Según los resultados obtenidos, al menos una de las diferencias está en el patrón de emisión de verbalizaciones motivadoras, con lo que cabe suponer que estas se emiten de forma óptima por los terapeutas expertos. Por lo tanto, y continuando con la asunción de que los terapeutas expertos tienen más éxito, de estos datos se puede extraer una recomendación para los terapeutas no expertos o noveles: hay que adelantar al cliente las consecuencias –especialmente las apetitivas- de las acciones que realiza, y no (o no sólo) de forma impersonal o general, sino personalizándola claramente en el cliente. También hay que buscar la expresión de contingencias que no estén circunscritas a un contexto estimular demasiado concreto, para favorecer la generalización; esto es, hay que apoyar la abstracción de reglas generales que –idealmente- hará el cliente a partir de contingencias específicas (su desempeño en algunas tareas concretas, por ejemplo) con la emisión de verbalizaciones que, por su contexto más abierto, hagan de este paso algo comparativamente sencillo y, sobre todo, algo controlado directamente por el terapeuta y no dejado al azar.

Según los resultados obtenidos la verbalización motivadora puede ser un punto crucial en las diferencias entre los distintos grupos de sesiones, por la función que puede tener como “impulsor” del cambio clínico; y es que este cambio clínico no va en una única dirección ni es una única cosa, sino que en un momento del tratamiento puede ser simplemente comprometerse con este o dar

información, en otro conseguir hacer algo y en otro más conseguir *dejar* de hacer algo. En ese sentido, y como expresión verbal de las contingencias que se anticipan al cliente, la verbalización motivadora puede ser especialmente importante dentro del abanico de verbalizaciones que puede emitir el terapeuta. Por este mismo motivo, puede que la verbalización motivadora muestre mayor sensibilidad al contexto en el que es expresada que la mayoría de verbalizaciones del terapeuta. De hecho, las verbalizaciones motivadoras coloquiales adquieren su carácter motivador precisamente por el contexto en el que están insertas; otras verbalizaciones estado pueden crear su propio contexto y su función dentro de él, como la informativa o la instructora. Esta sensibilidad al contexto es probablemente la responsable de la gran variación de la verbalización motivadora en su forma de presentación según la actividad clínicamente relevante que predomine en el momento en que es emitida. Comprender cómo y por qué varía puede ayudar a adaptarla aún más y maximizar su hipotético papel como impulsora del cambio, además de ampliar el conocimiento sobre los procesos de aprendizaje que subyacen al cambio clínico.

Esta comprensión, sin embargo, requiere un mayor conocimiento acerca del lugar que ocupa la verbalización motivadora dentro del discurso del terapeuta no sólo en su cantidad, sino también en relación con las verbalizaciones que puede usar el terapeuta para potenciar su efecto. Además, y siempre con el objetivo de alcanzar una mayor comprensión del cambio clínico a través del análisis de la conducta verbal, es necesario conocer qué verbalizaciones anteceden y siguen a la motivadora en busca de regularidades que nos puedan

permitir un estudio más detallado. Con estos objetivos presentes, pasamos al siguiente estudio, dirigido a clarificar estas cuestiones.

CAPÍTULO IV

ESTUDIO EMPÍRICO 2: El bloque motivador: distribución intrasesión de la verbalización motivadora

1. INTRODUCCIÓN

Tras el estudio exploratorio dirigido a analizar la distribución y frecuencia de la verbalización motivadora a lo largo de la terapia, es conveniente dedicarle atención a su lugar dentro de cada sesión individual.

En un trabajo previo del grupo de investigación (de Pascual, Linares y Froján, 2012) se llevó a cabo un análisis secuencial con la intención de clarificar qué verbalizaciones del cliente discriminaban la emisión de verbalizaciones motivadoras por parte del terapeuta, así como su lugar dentro de su discurso. Si bien se encontraron relaciones de contigüidad robustas con verbalizaciones del cliente, las relaciones más fuertes eran con verbalizaciones del terapeuta (concretamente la *informativa* y la *instructora fuera de sesión*), que precedían y seguían a la verbalización motivadora con una probabilidad mayor de la esperable por azar. Esto hacía pensar en que la verbalización motivadora podría estar ocurriendo muy a menudo como parte de un fragmento de discurso del terapeuta que podría tener coherencia en el tema tratado y el objetivo de tratarlo: un *bloque motivador*, un “paquete” de verbalizaciones que, por su contenido o su función, se dieran habitualmente juntas.

El sistema SISC-MOT-T contempla el bloque motivador como un conjunto de verbalizaciones de distintas funciones que, por su contenido, contextualizan o apoyan a la verbalización motivadora. Esta idea, surgida del estudio anteriormente mencionado, se apoya en la constatación a lo largo del proceso de depuración del sistema de categorías del carácter fuertemente contextual de la verbalización motivadora: a diferencia de otro tipo de verbalizaciones del SISC-INTER-CVT, cuya descripción no necesita hacer referencia al contexto verbal, la verbalización motivadora muchas veces lo es sólo si tenemos en cuenta éste. Es decir, una verbalización del tipo “verás como sí” puede no tener ningún tipo de carga o intención motivadora si se inserta en un discurso determinado, pero dentro de un contexto en el que el cliente esté, por ejemplo, poniendo en duda el resultado anticipado de la realización de una tarea propuesta por el terapeuta, puede adquirir un papel de verbalización motivadora coloquial. Muchas otras veces, las verbalizaciones motivadoras se encadenan con otro tipo de verbalizaciones (instructoras o informativas, por ejemplo), de tal manera que el hilo conductor –el tema del que tratan- no cambia, aunque añadan matices distintos. Por ejemplo, un terapeuta podría dar una instrucción de la siguiente manera: “Te voy a enseñar una técnica de respiración profunda (*verbalización informativa*), y si la practicas, verás cómo te va a ayudar mucho (*verbalización motivadora de cadena*): tienes que practicarla todos los días dos veces (*verbalización instructora fuera de sesión*), y si lo haces, notarás beneficios enseguida (*verbalización motivadora de cadena*)”.

Parece evidente que todas las verbalizaciones en este fragmento están tratando el mismo tema, con ligeras diferencias en el énfasis (sea en el contenido técnico de la recomendación, el contexto discriminativo en el que se instruye al cliente para que la ponga en práctica o los consecuentes que seguirán a su realización). En particular, la verbalización motivadora se ve concretada y contextualizada por las otras dos verbalizaciones, que indican claramente qué se debe realizar y cuándo. La descripción de la verbalización motivadora perdería en detalle y en riqueza si no se tuvieran en cuenta estas verbalizaciones; es del interés en incluir estas verbalizaciones de donde surge el concepto de *bloque motivador*: el conjunto de verbalizaciones del terapeuta que rodean a una motivadora, sea del tipo que sea, y que la clarifican, enfatizan o contextualizan en alguno de sus aspectos, dándole sentido.

El motivo para incluir solo verbalizaciones del terapeuta es claro: consideramos que es el discurso del terapeuta el que tiene una función discriminativa sobre el del cliente, que tendría, en nuestro análisis, una función de respuesta. Por lo tanto, solo resultan relevantes a efectos de este trabajo las verbalizaciones que el terapeuta emite como complemento de la motivadora, y no formarían en ningún caso parte del bloque motivador las verbalizaciones del cliente que rodearan a una verbalización motivadora, independientemente de que su contenido tuviera relación con ella (ver Anexo B).

Evidentemente, al incluir como parte del estudio de la verbalización motivadora a aquellas verbalizaciones que la acompañan, se hace necesario desarrollar unos criterios claros y estrictos de inclusión o exclusión de tal manera

que el bloque motivador sea una entidad con sentido, esto es: que incluyan el número mínimo y necesario de verbalizaciones acompañantes y no extiendan innecesariamente el bloque, extremo que también redundaría en una pérdida de información relevante acerca de la verbalización motivadora. ¿Dónde, entonces, ponemos el inicio y el final del bloque? Los criterios finales se pueden encontrar en el Anexo B, dentro de la guía de acuerdos del SISC-MOT-T; aquí realizaremos una breve descripción de por qué se llegó a esos criterios.

En primer lugar, habría que distinguir entre las verbalizaciones motivadoras que requieren de una verbalización acompañante para expresar adecuadamente la contingencia que incluyen y las que no. En este segundo caso, el bloque motivador incluirá única y exclusivamente la motivadora, dado que ésta incluye toda la información tanto del contexto como de la conducta y sus consecuencias (por ejemplo: “si no hablas con tu madre sobre esto, no podrás solucionarlo”). Esto podría llevar a la conclusión de que solo las verbalizaciones motivadoras de cadena pueden darse solas en un bloque motivador, pero no es así: dado que el bloque motivador solo incluye verbalizaciones del terapeuta, también aquellas verbalizaciones motivadoras -sean coloquiales o no- que el terapeuta inserta en el discurso del cliente se presentarán solas en el bloque. Es decir, si el terapeuta inserta una verbalización motivadora dentro del discurso del cliente, sin añadir nada, esta verbalización estará sola dentro del bloque motivador, independientemente de que sea de cadena o coloquial.

En el caso de las verbalizaciones motivadoras que, para la expresión de una contingencia completa sí requieren (o se benefician de) la inclusión de otras

verbalizaciones, se haría necesario prestar atención al contenido de estas verbalizaciones acompañantes: aquellas verbalizaciones adyacentes a la motivadora que hagan referencia a las consecuencias que se anticipan de la realización de la conducta (cuya explicitación es, recordemos, la razón de ser de la verbalización motivadora) se incluirán en el bloque; las que, incluso hablando del mismo tema, no hagan referencia a las consecuencias, no se incluirían. Cualquier bloque motivador terminará en el momento en el que la verbalización siguiente del terapeuta no continúe hablando del mismo tema y, en concreto, de consecuencias, incluso si esto hace que un bloque y otro estén separados por una sola verbalización que no se incluya en ninguno de los dos. En lo que respecta a las verbalizaciones del cliente, nunca se incluirán como parte del bloque motivador aunque su ocurrencia se registre como un comentario añadido a la verbalización del terapeuta a la que siguen.

Conocer qué verbalizaciones acompañan con mayor frecuencia a la motivadora en el discurso del terapeuta ayudaría, indudablemente, a la comprensión de qué es lo que hace el clínico cuando quiere motivar, o lo que es lo mismo: qué hace cuando quiere favorecer o impulsar el cambio, además de anticipar consecuencias para hacer más (o menos) probable la conducta del cliente.

Un aspecto que el estudio de procesos con metodología observacional permite es el establecimiento de cadenas de verbalizaciones, de secuencias cuya comprensión puede ser una herramienta potente de conocimiento terapéutico. Este análisis secuencial, en un sentido básico, cumple la función de comprobar si

una conducta concreta (conducta *dada*) es seguida o precedida con mayor o menor probabilidad de la esperable por azar por otra conducta (conducta *condicionada*). Este cálculo se realiza hallando la diferencia entre las frecuencias esperadas y las halladas y, habitualmente, utilizando el residuo ajustado z (un índice normalizado de la medida en que las frecuencias halladas difieren de las esperadas) como medida de la fuerza y dirección de la asociación.

Ya se ha probado en estudios previos del grupo (Ruiz, 2011) que la emisión de verbalizaciones por parte del terapeuta no es aleatoria, sino que está relacionada con la actividad clínicamente relevante que se esté desarrollando en el momento. Cabe esperar, por lo tanto, que la emisión de las verbalizaciones siga un patrón de respuesta determinado, esto es: que haya ciertas verbalizaciones, sean del cliente o del terapeuta, que con mayor probabilidad discriminen la emisión de verbalizaciones motivadoras por parte del terapeuta. Dicho de otro modo: resulta plausible que el terapeuta, a la hora de motivar, lo haga en momentos concretos, sea como respuesta a cosas que diga el cliente, sea como parte de una cadena de instrucciones o información cuya eficacia busca maximizar. La ventaja que ofrece aquí el planteamiento del bloque motivador es que permite que esta secuencia sea clara: si utilizáramos la verbalización motivadora como el punto a partir del cual buscar esta secuencia, el resultado sería poco revelador por el simple hecho de que se estarían estableciendo relaciones de contigüidad entre verbalizaciones que, aunque sea con diferencias de matices o de énfasis, están comunicando el mismo contenido, teniendo por lo tanto la misma función.

En lo que respecta al propio contenido de los bloques, resultaría lógico que el terapeuta utilizase la verbalización motivadora como una forma de resaltar o hacerle notar al cliente las ventajas que tiene seguir una instrucción concreta. Hay que tener en cuenta que un bloque motivador está definido por el contenido al que hacen referencia las verbalizaciones que lo incluyen y no por su función, lo que significa que puede haber bloques que incluyan más de una verbalización motivadora o que solo incluyan una verbalización motivadora, sin verbalizaciones acompañantes.

Por último, y para completar el estudio del lugar del bloque motivador dentro de la sesión como tal en lugar de dentro de la totalidad del tratamiento, sería relevante conocer en qué momentos de la sesión es más probable que se emita. Es cierto que el momento particular de la sesión no tendría por qué tener ninguna relevancia a la hora de determinar qué contenidos se están tratando y, por lo tanto, qué tipo de verbalizaciones serán preeminentes; sin embargo, y teniendo en cuenta el papel de la verbalización motivadora como impulsora del cambio, podría parecer razonable que el terapeuta deseara terminar la sesión acentuando lo positivo de continuar trabajando en la dirección marcada por los objetivos terapéuticos, o simplemente animando al cliente y apreciando explícitamente su desempeño. Una verbalización típicamente motivadora, como “ya verás que en nada estás genial” podría (y debería) utilizarse con mayor probabilidad hacia el final de la sesión, también con la función de reforzar la atención y esfuerzo sostenidos del cliente.

Teniendo en cuenta todo lo dicho hasta ahora, por lo tanto, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Los bloques motivadores tendrán como verbalizaciones acompañantes de la motivadora una mayoría de *verbalizaciones instructoras*.

Hipótesis 2: De la misma manera que el discurso del terapeuta en general se adapta a la actividad clínicamente relevante que esté llevando a cabo, el bloque motivador será distinto en las proporciones relativas de las verbalizaciones que lo forman según la actividad clínica predominante en la sesión en la que ocurran. Esta variación será de la siguiente manera:

- a) En el grupo correspondiente al tratamiento (conglomerado 3), los bloques incluirán más verbalizaciones instructoras que en el grupo de evaluación (conglomerado 1) y el de explicación (conglomerado 2). En cuanto al grupo de consolidación (conglomerado 4), la proporción de verbalizaciones acompañantes de la motivadora que sean instructoras será similar a la del grupo de tratamiento.
- b) En el grupo correspondiente a la explicación, la proporción de verbalizaciones acompañantes que pertenezcan a la categoría de verbalización informativa será mayor que en el grupo de evaluación y que en el grupo de instrucción, y similar a la del grupo de consolidación.

Hipótesis 3: El bloque motivador estará inserto principalmente entre verbalizaciones *informativas e instructoras*.

Hipótesis 4: Cuando una verbalización del cliente siga al bloque motivador, esta será, con mayor frecuencia, una verbalización de *acuerdo* (ver apartado 2.2).

Hipótesis 5: Las verbalizaciones motivadoras coloquiales serán más frecuentes al final de la sesión, mientras que las de cadena ocurrirán más frecuentemente durante la mitad de la sesión.

2. MÉTODO

2.1 *Participantes*

Para este estudio se contó con un conjunto registrado y distribuido en cuatro grupos (Ruiz, 2011) de 88 sesiones clínicas, correspondientes a 18 casos de distintos problemas psicológicos tratados por 9 terapeutas conductuales con distintos grados de experiencia. Las verbalizaciones motivadoras de este conjunto se distribuyeron en 808 bloques atendiendo a la guía del sistema de categorizaciones. Estos 808 bloques y las verbalizaciones que los forman constituyen la muestra de este estudio.

En todos los casos, los clientes eran adultos y el tratamiento era individual.

2.2 *Variables e instrumentos*

Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta

De la misma manera que se ha descrito para el estudio anterior, se utilizaron los sistemas de categorización SISC-CVT y SISC-MOT-T. En este caso, sin embargo, se tuvo en cuenta también el resto de verbalizaciones del terapeuta, que se reproducen aquí esquemáticamente por cuestiones de claridad.

El lector podrá encontrar el SISC-INTER-CVT completo en el Anexo A.

- Función discriminativa: verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no). Permite los modificadores *indicando la dirección deseada de la respuesta, sin indicar la dirección deseada de la respuesta, conversacional o fallida*.
- Función evocadora: verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar.
- Función de refuerzo: verbalización del terapeuta que muestra aprobación acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente. Admite los modificadores *conversacional, bajo, medio o alto*.
- Función de castigo: verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe esta sin presentar ningún matiz que indique

aprobación, acuerdo o aceptación. Admite los modificadores *bajo, medio o alto*.

- Función informativa: verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.
- Función instructora: verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera o dentro del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente, pero sí los pasos de la actuación que se trata de favorecer. Admite los modificadores *dentro de sesión y fuera de sesión*.
- Otras: cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

Variables referidas a la conducta verbal del cliente.

- Con la intención de poner de relieve cualquier relación funcional entre la conducta verbal del terapeuta y la del cliente, se incluyó en los análisis secuenciales esta última, distribuida en las categorías descritas en el SISC- INER-CVT. A continuación se reproducen las definiciones de estas categorías; el lector podrá encontrar guías de desambiguación y más información en el Anexo A.
- Proporcionar información: verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento.

- Solicitar información: pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.
- Mostrar aceptación: verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
- Mostrar desacuerdo: verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
- Emitir verbalizaciones de logro: verbalizaciones del cliente que señalan la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo.
- Emitir verbalizaciones de fracaso: verbalizaciones del cliente que señalan la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo.
- Emitir verbalizaciones de malestar: verbalizaciones del cliente que hacen referencia al padecimiento del mismo debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar.
- Emitir verbalizaciones de bienestar: verbalizaciones del cliente que hacen referencia al estado de satisfacción o felicidad del mismo o a la anticipación de ese bienestar.

- Verbalización de reacciones emocionales: emisión por parte del cliente de una respuesta emocional acompañada de la verbalización que se dé en ese momento, haga referencia o no a ese estado emocional.
- Seguir instrucciones: conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas por el terapeuta. Admite los modificadores *dentro de sesión, anticipación de seguimiento fuera de sesión y descripción de seguimiento fuera de sesión.*
- No seguir instrucciones: conducta verbal del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta. Admite los modificadores *dentro de sesión, anticipación de no seguimiento fuera de sesión o descripción de no seguimiento fuera de sesión.*

Variabes relativas a la terapia.

Se consideró como variable de bloqueo el grupo al que perteneciera cada sesión, siendo estos cuatro grupos los ya mencionados de *evaluación, explicación, tratamiento y consolidación.*

Instrumentos

Para la categorización de la conducta verbal de cliente y terapeuta se utilizó, como se ha mencionado antes, el SISC-INTER-CVT. Para la categorización de la verbalización motivadora, se usó el SISC-MOT-T.

El registro de sesiones se realizó con el software The Observer XT 10.5. Los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS, versiones 15 y 19 *portable*.

El análisis secuencial se llevó a cabo usando el programa GSEQ 5.0 (Bakeman y Quera, 1994), además del conversor ObsTxtSds que tiene como función permitir que la salida en txt del Observer sea transformada en .sds, el formato manejado por el GSEQ 5.0.

2.3 Procedimiento.

Se volvió sobre los registros realizados con el SISC-MOT-T para el estudio previo, y se añadieron las verbalizaciones del cliente al registro de cada sesión, así como las verbalizaciones del terapeuta que rodearan al bloque motivador. Se realizaron estudios descriptivos sobre los datos para explorar la composición del bloque motivador.

Para poder realizar el estudio secuencial, se registraron las verbalizaciones adyacentes al bloque motivador, fueran emitidas por el cliente o el terapeuta. A continuación, y haciendo uso del software GSEQ 5.0, se hallaron los residuos ajustados z , tomando el bloque motivador como conducta *dada* y el resto de conductas verbales (tanto del terapeuta como del cliente) como conductas *condicionadas*. Se comprobaron los valores de este residuo, teniendo en cuenta que un valor mayor de 1,96 significa una frecuencia significativamente mayor de la esperada por azar, mientras que un valor menor que -1,96 implica una frecuencia significativamente menor de la esperada por azar. También se calculó

el coeficiente de asociación Q de Yule, que informa de la fuerza de una asociación. Su recorrido va de -1 a 1, desde la independencia estadística hasta la asociación completa (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997).

Al igual que ocurría en el estudio previo, los contrastes de medias utilizados en este trabajo se realizaron mediante pruebas no paramétricas, al haberse confirmado mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Levène que las variables analizadas no cumplían los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

3. RESULTADOS

3.1 *Hipótesis 1*

A continuación (tabla 1) se presentan los datos descriptivos que incluyen las verbalizaciones motivadoras y acompañantes que forman parte de los 808 bloques de la muestra.

Tabla 1. Frecuencias de las verbalizaciones acompañantes encontradas en los bloques motivadores.

	Frecuencia
Castigo	2
Discriminativa	292
Informativa	136
Instructora	149
Refuerzo	10
Otras	2

En estos datos se puede apreciar que la verbalización acompañante más común dentro de los bloques motivadores es la *discriminativa*, seguida de

instructora, informativa, de refuerzo, de castigo y las pertenecientes a la categoría “*otras*”, por ese orden.

Posteriormente se halló la media de ocurrencia de cada conducta verbal del terapeuta por bloque motivador. Los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Promedio de aparición de cada tipo de verbalización del terapeuta por bloque motivador.

Verbalización	Promedio
Castigo	0,002
Discriminativa	0,361
Informativa	0,168
Instructora	0,184
Motivadora	1,251
Refuerzo	0,012
Otras	0,002

En estos datos comprobamos que la verbalización motivadora se da con cierta frecuencia más de una vez por bloque –es decir, existen bloques que incluyen dos o más verbalizaciones motivadoras-. También vemos que la mayor parte de los bloques no incluyen ninguna verbalización acompañante, estando formados únicamente por verbalizaciones motivadoras.

A continuación se estudiaron en más detalle las frecuencias de los distintos modificadores de las verbalizaciones que los admitieran (*discriminativa, instructora, refuerzo y castigo*). Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Frecuencias de los diferentes modificadores de las conductas verbales del terapeuta que forman parte de los bloques motivadores.

Conducta verbal del terapeuta		
Verbalización	Modificador	Frecuencia
Discriminativa	Indicando la dirección deseada de la respuesta	1
	Sin indicar la dirección deseada de la respuesta	6
	Conversacional	284
	Fallido	1
Instructora	Dentro de sesión	8
	Fuera de sesión	141
Castigo	Alto	0
	Medio	1
	Bajo	1
Refuerzo	Alto	1
	Medio	4
	Bajo	3
	Conversacional	2

La práctica totalidad de las verbalizaciones *discriminativas* que forman parte de algún bloque motivador son, tal como muestra la tabla 3, verbalizaciones *discriminativas conversacionales*. En lo que respecta a la verbalización *instructora*, de nuevo hay un modificador que es claramente el más frecuente: la verbalización instructora *fuera de sesión*. En cuanto a las verbalizaciones de *refuerzo* y *castigo*, su frecuencia en general es mínima y parecen estar distribuidas aproximadamente por igual entre sus distintos modificadores.

En cualquier caso, los resultados nos permiten afirmar que la hipótesis 1 no se cumple, con matices a los que se prestará atención en la discusión.

3.2. Hipótesis 2

Para poner a prueba esta hipótesis, se llevaron a cabo comparaciones de frecuencias de las distintas verbalizaciones acompañantes según el conglomerado.

A continuación se presentan las distintas frecuencias de verbalizaciones acompañantes según el conglomerado (ver Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de bloques motivadores y verbalizaciones acompañantes distribuidas por conglomerados.

Frecuencia de verbalizaciones por conglomerado

	1 Evaluación	2 Explicación	3 Tratamiento	4 Consolidación	Total
Bloque motivador	71	152	300	285	808
Castigo	0	0	1	0	21
Discriminativa	24	50	93	125	292
Informativa	13	23	43	57	136
Instructora	9	40	58	42	149
Refuerzo	1	3	2	4	10
Otras	0	1	0	1	2

Como puede comprobarse, existe una diferencia en las frecuencias de ocurrencia de las verbalizaciones acompañantes; para comprobar que la diferencia se extiende también a la proporción de verbalizaciones de cada tipo por bloque motivador, tal y como se hipotetiza, se hallaron estas proporciones en las tres verbalizaciones más abundantes (*discriminativa, instructora e informativa*) con los resultados que se reflejan a continuación en la Tabla 5.

Tabla 5. Proporción de verbalizaciones acompañantes por bloque motivador distribuido según conglomerados.

Proporción de verbalizaciones acompañantes por cada bloque motivador

	1 Evaluación	2 Explicación	3 Tratamiento	4 Consolidación
Discriminativa	0,169	0,164	0,155	0,219
Informativa	0,091	0,075	0,071	0,1
Instructora	0,063	0,131	0,096	0,073

Si bien existe una diferencia entre las proporciones de presentación de las verbalizaciones acompañantes (lo cual nos permite mantener la hipótesis 2), esta diferencia no va en la línea de lo planteado en la hipótesis 2a; de hecho, el conglomerado con mayor proporción de ocurrencia de la *verbalización instructora* es el 2, correspondiente a las sesiones de explicación. En cuanto a la hipótesis 2b, tampoco queda apoyada por los datos: la proporción de *verbalización informativa* –a pesar de ser bastante uniforme– es más alta en el conglomerado 4 que engloba a las sesiones de consolidación.

3.3 Hipótesis 3 y 4

Para poner a prueba estas hipótesis se llevó a cabo el análisis secuencial de la totalidad de la muestra. Los residuos ajustados y valores de Q de Yule se muestran a continuación (Tablas 6 y 7). Con el objetivo de seleccionar los datos más relevantes, se muestran solo los estadísticos correspondientes a las cinco verbalizaciones con un residuo ajustado mayor en cada uno de los dos niveles de retardo y para cada uno de los dos actores de la terapia.

Tabla 6. Verbalizaciones del cliente con una relación de contingencia significativa con el bloque motivador.

		Retardo -1				
		Proporcionar información	Acuerdo	Bienestar	Logro	Anticipación seguimiento fuera
r. ajustado		26,08	19,37	9,70	8,28	6,68
YulQ		0,79	0,71	0,94	0,81	0,76
		Retardo +1				
		Acuerdo	Solicitar información	Anticipación seguimiento fuera	Proporcionar información	Desacuerdo
r. ajustado		8,42	2,70	2,65	1,83*	1,38*
YulQ		0,47	0,47	0,49	0,15	0,40

*: no significativo

Tabla 7. Verbalizaciones del terapeuta con una relación de contingencia significativa con el bloque motivador.

		Retardo -1				
		Informativa	Instructora fuera	Castigo medio	Refuerzo medio	Refuerzo alto
r. ajustado		16,02	6,72	5,92	4,83	3,19
YulQ		0,65	0,57	0,91	0,70	0,69
		Retardo +1				
		Informativa	Instructora fuera	Discriminativa sin indicar	Refuerzo conversacional	Refuerzo medio
r.ajustado		5,15	3,61	2,83	-1,66*	-1,36*
YulQ		0,33	0,39	0,38	-1,00	-1,00

*: no significativo.

De estos datos se puede deducir que el bloque motivador se suele insertar entre verbalizaciones del cliente aunque, en lo que respecta a las verbalizaciones del terapeuta, las que más probablemente anteceden o siguen al bloque son la informativa y la instructora fuera. Esto nos permite mantener la hipótesis 3.

Más en concreto, se observa que las tres verbalizaciones que más frecuentemente anteceden inmediatamente a la emisión de un bloque motivador son las *informativas*, *instructoras fuera de sesión* y verbalizaciones con *topografía de castigo medio* (si nos limitamos a aquellas que emite el terapeuta), y las verbalizaciones de *proporcionar información*, *acuerdo* y *bienestar* en lo

que se refiere a las del cliente. En cuanto a las verbalizaciones del terapeuta que con más probabilidad siguen a la emisión de un bloque motivador son la *informativa*, la *instructora fuera de sesión* y la *verbalización discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta*. Por su parte, las del cliente son *acuerdo*, *solicitar información* y *anticipación de seguimiento de instrucciones fuera de sesión*. Estos resultados nos permiten mantener la hipótesis 4.

3.4. Hipótesis 5

Se calculó el tiempo medio de ocurrencia de las verbalizaciones motivadoras en la sesión, separándolas en sus dos categorías principales (*de cadena y coloquial*), así como en conjunto (ver Tabla 8).

Tabla 8. Tiempos de ocurrencia de las verbalizaciones motivadoras a lo largo del tratamiento.

	Tiempo h:mm:ss			
	Mínimo	Máximo	Media	DT
Motivadoras de cadena	0:00:47	1:32:02	0:33:34	0:17:56
Motivadoras coloquiales	0:00:43	1:26:45	0:38:10	0:19:18
Total motivadoras	0:00:43	1:32:02	0:34:28	0:18:15

Como puede verse, ambos tipos de motivadora parecen estar distribuidos de manera similar, lo que nos permite rechazar la hipótesis 5.

4. DISCUSIÓN

En lo que respecta a la composición del bloque motivador, se pueden destacar varios aspectos importantes:

En primer lugar, es llamativa la primacía de la *verbalización discriminativa conversacional* como verbalización acompañante en el bloque

motivador. Dado que la función aparente de esta verbalización es asegurarse de que el cliente está siguiendo la explicación del terapeuta o está de acuerdo con ella, podríamos estar viendo al terapeuta tratando de mantener la atención del cliente firmemente centrada en su discurso.

Por otro lado, la elevada frecuencia de verbalizaciones instructoras fuera de sesión (un contexto en el que el terapeuta no estará presente para reforzar las conductas proterapéuticas del cliente) e informativas es coherente con nuestra idea de la verbalización motivadora como impulsora del cambio: el que el terapeuta esté usando juntas la verbalización motivadora, la instructora y la informativa puede responder a que esté tratando de maximizar la eficacia de sus instrucciones con un conjunto de verbalizaciones que no sólo informarán al cliente de cuáles son los beneficios en abstracto de seguir la técnica o indicación propuesta (*verbalización informativa*), sino que también le dan indicaciones precisas sobre cómo y cuándo hacerlas (*verbalización instructora fuera de sesión*) y adelanta las consecuencias de seguir este curso de acción (*verbalización motivadora*). El que sea el modificador *fuera de sesión* el que predomina dentro de la verbalización instructora como acompañante de la motivadora puede obedecer a que, en el caso de las verbalizaciones instructoras *dentro de sesión*, el terapeuta estará presente para administrar según corresponda refuerzo o castigo de manera contingente al desempeño del cliente, por lo que anticipar un resultado no sería necesario.

En cuanto a que la mayoría de bloques motivadores incluyan exclusivamente una verbalización motivadora –o varias- sin verbalizaciones

acompañantes puede responder tanto al carácter contextual de la verbalización motivadora coloquial como al interés del terapeuta, cuando verbaliza una motivadora, en que esta sea lo más completa posible. Como hemos dicho previamente, el terapeuta conductual es fundamentalmente directivo y centrado en la expresión clara y completa de contingencias de la manera más comprensible posible. Tal y como se encontró en el estudio previo, el esquema más común de emisión de la verbalización motivadora es la *verbalización motivadora de cadena, por acción, de contexto específico, de consecuente apetitivo por presentación*; un esquema tan completo puede simplemente no requerir el añadido de verbalizaciones acompañantes para transmitir el mensaje que el terapeuta desea transmitir. En este caso, cabría preguntarse si el discurso que rodea al bloque motivador es redundante, y si esa redundancia tiene algún efecto positivo o no.

Decíamos en el apartado de resultados que el no cumplimiento de la **hipótesis 1** era matizable; el matiz está en que, si bien no es la *verbalización instructora* la que más se presenta como acompañante de la motivadora dentro de un bloque, sí es la más frecuente dentro de las verbalizaciones no conversacionales. Esto es, de las verbalizaciones que están transmitiendo un contenido que no es una interacción directa con el discurso del cliente, y que, por lo tanto, añaden información a la motivadora, sí es la más frecuente. Esto significa que sería conveniente suprimirlas de los análisis en futuros estudios.

Tratando ahora la **hipótesis 2** y la distribución de verbalizaciones acompañantes según el grupo de sesiones a la que pertenezcan, resulta evidente

que existe una diferencia en la composición de los bloques motivadores según el grupo de sesiones en el que se den. Sin embargo, y a pesar de que hipotetizábamos que esta variación iría en la misma línea en la que va el resto de conducta verbal del terapeuta, el bloque motivador parece mostrar una cierta independencia de la sesión en que se da o, al menos, variar de forma distinta a como varía el resto de conducta verbal del terapeuta. Lo esperable, o así podría parecer en una primera aproximación, era que el contenido de los bloques variara en la misma dirección en que varía el contenido de las sesiones atendiendo a la actividad clínicamente relevante que predomine en la sesión; así, en una sesión correspondiente al grupo de tratamiento, caracterizado –entre otras cosas- por una relativa abundancia de verbalizaciones instructoras, el bloque motivador podría incluir más verbalizaciones instructoras que si se diera, por ejemplo, en el grupo de evaluación. Pero no ocurre así. Esto puede ser simplemente atribuible al hecho de que, mientras que el terapeuta se prepara las sesiones con una serie de temas que quiere tratar atendiendo a la marcha del tratamiento (respondiendo por lo tanto la distribución de verbalizaciones del terapeuta por grupo a un nivel macro de la terapia), los bloques motivadores se dan como respuesta inmediata no solo al tema que se está tratando, sino a cómo se está tratando y, sobre todo, a verbalizaciones que hayan sido emitidas recientemente por el cliente, como se explicará más adelante en la discusión de los resultados correspondientes al análisis secuencial. Es decir, parece ser que cómo y cuándo se emitan las verbalizaciones motivadoras responde a un nivel más micro del tratamiento que la tarea clínicamente relevante que predomine.

En lo que se refiere al dato que muestra que la verbalización instructora se da más por promedio en cada bloque en el grupo de explicación que en el de tratamiento, es un dato que podría parecer contrario tanto a las hipótesis planteadas como a la propia definición de los grupos si no se mira con cierto detalle. Comparando las tablas 4 y 5, queda claro que hay menos bloques motivadores en el grupo de explicación que en el de tratamiento (aproximadamente la mitad, de hecho), y que es en este último grupo en el que hay más verbalizaciones instructoras como acompañantes de la motivadora. La explicación de esto, evidentemente, es que los bloques del grupo de evaluación incluyen más instructoras –probablemente varias por bloque– que los del grupo de tratamiento. Es posible que el terapeuta esté emitiendo una verbalización motivadora después (o durante) la transmisión de instrucciones en las sesiones de explicación pero de forma más global, del tipo de “si haces todo esto notarás mejoría enseguida”. Mientras tanto, en el bloque de tratamiento podría estar emitiendo verbalizaciones motivadoras específicas para cada instrucción, prestando así una atención más individualizada, más pormenorizada, a cada instrucción.

Otro dato llamativo de este conjunto de resultados es el aumento de proporción de verbalizaciones discriminativas (de las cuales ya sabemos que gran mayoría son conversacionales) que se incluyen dentro del bloque en el grupo de sesiones correspondientes a la consolidación. Esto bien podría deberse a que es en estos momentos en los que el terapeuta puede estar tratando de discriminar una verbalización de comprensión por parte del cliente, una mayor participación

en la marcha de la sesión, con el objetivo de asegurarse de que este ha comprendido el funcionamiento de las contingencias que dirigen su comportamiento. El que esto fuera así sería indudablemente deseable para el mantenimiento de los beneficios obtenidos a lo largo del proceso terapéutico.

En lo que respecta a los datos extraídos del análisis secuencial, lo primero que llama la atención es el hecho de que el bloque motivador sea precedido y seguido con mayor probabilidad por verbalizaciones del cliente, en lugar de por verbalizaciones del terapeuta. Si bien podría parecer que lo que estamos observando es al terapeuta aprovechando las verbalizaciones del cliente para introducir un bloque motivador, no podemos olvidar que las verbalizaciones del cliente que con mayor probabilidad anteceden a la emisión del bloque son el *acuerdo y proporcionar información*; dos verbalizaciones cuya definición incluye expresiones de aquiescencia o de retroalimentación del discurso, como “vale” o “sí, lo entiendo”. Sin un análisis más detallado del verdadero contenido de estas verbalizaciones, no podemos deducir un uso concreto del bloque. Resulta llamativa la ausencia de verbalizaciones como *descripción de no seguimiento fuera de sesión*, de las cuales podríamos pensar que precederían con cierta frecuencia a la emisión de una verbalización motivadora por parte del terapeuta para favorecer el seguimiento de la instrucción que no ha sido cumplida esta vez. Esto puede deberse a que el retardo estudiado no alcance al inicio de esa cadena de verbalizaciones; muy bien podría ocurrir que a esa verbalización de *no seguimiento de instrucciones* del tipo de “no he hecho lo que me pediste” le siguiera una pregunta del terapeuta como “¿por qué?” (*discriminativa sin*

indicar), seguida a su vez de la respuesta del cliente (*proporcionar información*), tal vez alguna pregunta más del terapeuta y luego, de ocurrir, un bloque motivador. Sin embargo, estudiar retardos tan largos emborronaría considerablemente los resultados; para clarificar estas hipotéticas cadenas largas de verbalizaciones estaríamos incluyendo muchas otras que ya no tienen relación en su contenido con el tema al que aluden las verbalizaciones motivadoras y que, por lo tanto, no nos estarían dando información relevante acerca de cómo el terapeuta acompaña a la verbalización motivadora, o –en el otro sentido- cómo la usa de acompañamiento para otras verbalizaciones. Recordemos que el objetivo de la creación de los bloques motivadores no es otro que el de obtener unos datos verdaderamente claros acerca de qué antecede y sigue, en el discurso del terapeuta, a la emisión de verbalizaciones motivadoras. En estudios preliminares, como decíamos en la introducción, observamos que, si se tomaba como punto de partida para el análisis secuencial la verbalización motivadora en sí misma, un análisis del contenido de estos fragmentos del discurso del terapeuta que antecedian y seguían a la motivadora revelaba que, en muchas ocasiones, todas las verbalizaciones hacían referencia al mismo tema (esto es, a la misma técnica o incluso a la misma contingencia de tres términos expresada de manera distinta varias veces), lo que no suponía una información valiosa para entender qué lugar ocupa la motivación en el discurso del terapeuta. El bloque motivador permite tener en cuenta el contenido para analizar en qué punto del discurso se introduce la motivación. Pero cuanto más nos alejamos de la conducta dada (el bloque motivador) para ir a conductas condicionadas más remotas, más correlaciones

espurias se pueden introducir, haciendo que los resultados sean más fuente de confusión que de clarificación. Para que los datos obtenidos fueran realmente fructíferos a una escala mayor tendríamos que recurrir, como hemos hecho en el estudio previo, al análisis de la terapia como un todo, de manera que se destacaran las actividades clínicamente relevantes y su relación con la verbalización motivadora.

Por otro lado, resulta muy revelador que la verbalización del cliente *anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión* aparezca como una de las más significativas en un retardo +1; es este contraste entre esta verbalización y el resto lo que resulta llamativo. Esto, claramente, nos muestra al cliente asegurando que va a seguir la instrucción que probablemente haya dado el terapeuta como parte del bloque motivador, y consideramos su aparición como una de las verbalizaciones que siguen con mayor probabilidad a la ocurrencia de un bloque motivador como un resultado de la mayor importancia y que, aunque sea de una manera indirecta, refrenda en cierta medida la idea de la verbalización motivadora como un instrumento de aumento del compromiso del cliente con la terapia en general y las técnicas concretas en particular; el que las verbalizaciones del terapeuta que rodean al bloque motivador sean en su mayoría *informativas e instructoras*, tal y como proponíamos en la **hipótesis 3**, abunda en la misma idea. Aquí sí podemos ver claramente al terapeuta tratando de anticipar las consecuencias de seguir las instrucciones que propone, probablemente con la intención de que resulten más atractivas al cliente.

La elevada probabilidad con la que ciertas verbalizaciones que suponen que el terapeuta aplica un cierto consecuente (o una verbalización con tal topografía) anteceden a la emisión de un bloque motivador de nuevo dirigen la atención hacia el hecho de que es como respuesta a un determinado contenido del discurso del cliente cuando aparece el bloque motivador con mayor frecuencia. El terapeuta podría estar abundando en –o expresando de manera distinta- algo que ha dicho antes, después de pedir al cliente que confirme si le entiende (con un discriminativo conversacional, por ejemplo) y reforzando la aquiescencia. De la misma manera aunque en sentido contrario, puede estar planteando una alternativa a una explicación del cliente de su propia conducta, aplicando una verbalización de castigo medio para, posteriormente, corregir o reformular lo que el cliente ha dicho para que se ajuste más a la realidad. Por ejemplo, un cliente podría verbalizar algo como “Creo que si hago eso lo voy a pasar mal y no valdrá para nada”, a lo que el terapeuta podría responder con una verbalización del tipo de “te equivocas” (castigo medio) y, a continuación, corregir la impresión del cliente con una verbalización motivadora, sea de cadena (“si te expones lo pasarás mal, pero será solo al principio y solucionará el problema”) o coloquial (“ya verás como sí vale”).

Por su parte, el que la verbalización del cliente que sigue con mayor frecuencia a la emisión de un bloque motivador sea el acuerdo, tal como anticipábamos en la **hipótesis 4**, muestra que, en una inmensa mayoría, los bloques motivadores son recibidos de manera favorable por el cliente. Sea este *acuerdo* discriminado por la emisión dentro del bloque motivador de una

verbalización discriminativa coloquial o simplemente por el bloque en sí, es un dato importante que nos permite ver que el cliente reacciona positivamente –o al menos con aquiescencia- a lo propuesto en el contenido del bloque. Esto puede resultar útil: si deseamos que las instrucciones que vamos a proponer sean bien recibidas por el cliente, o éste presente menos resistencia, el acompañarlas de verbalizaciones motivadoras parece asegurar en cierta medida una recepción favorable de la instrucción.

Por último, los resultados referentes al tiempo de emisión de las verbalizaciones motivadoras indican que estas se distribuyen más o menos de forma uniforme a lo largo de la sesión. Es cierto que el tiempo medio en el que se emiten las verbalizaciones motivadoras coloquiales es algo más tarde del de las de cadena, pero es una diferencia no estadísticamente significativa. Aunque esto nos lleve a rechazar la **hipótesis 5**, no consideramos que sea un resultado no coherente con nuestra definición de la verbalización motivadora y sus funciones; antes bien, es una demostración de que ésta puede ser útil, precisamente por su flexibilidad formal, en cualquier momento de la terapia, independientemente de a qué se esté dedicando el terapeuta. Si, por ejemplo, está recibiendo información del cliente acerca de cómo ha ido la semana o el período previo a esta sesión, puede estar introduciendo verbalizaciones motivadoras que acentúen las ganancias obtenidas por un cliente, sea explicitando la contingencia que ha llevado a obtenerlas (“si sigues practicando, verás lo bien que te vas a encontrar”) o con una verbalización más vaga de apoyo y ánimo (“Lo estás haciendo genial”); si está instruyendo, puede ayudar al cliente a ver la aplicación

a su caso particular de lo que está contando en este momento (“y por eso, si te expones, tu miedo irá desapareciendo”) o animarle a seguir la técnica (“no me cabe duda de que podrás hacerlo”); por último, en los momentos en los que esté recopilando o facilitando información, puede estar explicando al cliente los fundamentos de su conducta (“mientras sigas haciendo eso, nada cambiará”) o favoreciendo que se comprometa con el proceso terapéutico en general (“¡claro que lo podemos solucionar!”). En cualquier caso, el que no haya un momento de la sesión que concentre la mayoría de las verbalizaciones motivadoras da cuenta de la extraordinaria flexibilidad conductual del terapeuta de conducta, que usa su discurso de una forma que esencialmente responde al comportamiento del cliente en ese momento, sin divisiones artificiales en fases de la sesión o el tratamiento

CAPÍTULO V

ESTUDIO EMPÍRICO 3: La relación entre la verbalización motivadora y el seguimiento de instrucciones

1. INTRODUCCIÓN

Los dos estudios anteriores buscaban describir de manera exhaustiva cómo se emite la verbalización motivadora, sea dentro de una sesión en concreto o del tratamiento en general. En el presente estudio iremos un paso más allá, hacia la exploración de la efectividad de la verbalización motivadora en la que es su función prioritaria: apoyar y hacer más probable el cambio clínico.

El estudio de las instrucciones proporciona una magnífica oportunidad para avanzar en la comprensión tanto de cómo se instruye en sesión como del efecto que tienen estas instrucciones (o el tratamiento al completo). Si bien hay un consenso general, tal y como se mostró en la introducción de este trabajo, en que el resultado de una terapia se debe a una mezcla de factores, se acepta que la forma en que el terapeuta da las instrucciones importante (ver Marchena-Giráldez, Calero-Elvira y Galván-Domínguez, 2013). De hecho, una de las mayores preocupaciones del terapeuta puede (y debe) ser hasta qué punto sus instrucciones serán seguidas no ya dentro de sesión, donde él o ella puede llevar a cabo una función discriminativa y reforzante (o de castigo) de las conductas clínicamente relevantes del cliente, sino fuera, donde las nuevas contingencias

que se intentan promover compiten con una historia de aprendizaje y un entorno discriminativo que dirigen al cliente hacia el mantenimiento del problema.

Desde el primer momento en que se definió la verbalización motivadora dentro de esta línea de investigación, se hizo énfasis en su papel de anticipadora de contingencias, fueran estas deseadas por el cliente (como la obtención de beneficios por seguir las indicaciones del terapeuta) o no (como el mantenimiento de las situaciones desagradables o aversivas de continuar sin cambio). Incluso en la definición de las verbalizaciones motivadoras coloquiales, aquellas que no especifican claramente una contingencia de tres términos, se remarca su aparente función de impulsar al cliente al cambio aunque sea de una manera general e inespecífica (ver Anexo B).

Por otro lado, la relación que existe entre la verbalización motivadora y las verbalizaciones instructora e informativa ha quedado comprobada en el estudio previo: son las dos verbalizaciones de las que más frecuentemente se acompaña y compone un bloque motivador. Esto tiene un corolario claro: el terapeuta está –en muchos casos- usando la verbalización motivadora como un apoyo a la emisión de instrucciones o información relacionada con ellas. Pero, ¿se acompañan la mayoría de las instrucciones de verbalizaciones motivadoras? Y, sea o no sea así, ¿conlleva esto alguna diferencia en cuanto al seguimiento por parte del cliente de estas instrucciones? Parecería coherente pensar que sí.

Teniendo en cuenta que, en los estudios previos, los datos muestran que hay una mayor emisión de verbalizaciones motivadoras por parte de terapeutas expertos y que son estos aquellos de los que debemos esperar un mayor éxito en

el ejercicio de la clínica, lo esperable es que esta diferencia en la emisión de verbalizaciones motivadoras tenga algún efecto en el éxito de la terapia. De la misma manera, sería interesante comprobar si los terapeutas expertos consiguen más seguimiento por parte del cliente. Podría parecer que esto es un interés tangencial al estudio de la verbalización motivadora, pero, de ocurrir esta diferencia, podría considerarse que aporta una evidencia indirecta de la importancia de la verbalización motivadora en el contexto de las instrucciones.

En este estudio, por lo tanto, trataremos de descubrir si existe o no alguna relación entre la emisión de verbalizaciones motivadoras como acompañantes de la instrucción y el seguimiento de esta última. De existir esta relación, sería sin duda de gran ayuda describirla de tal manera y con un detalle suficiente como para que los terapeutas (expertos e inexpertos) tengan una guía clara sobre cómo actuar en lo que respecta a la anticipación de contingencias para su cliente.

Se proponen las siguientes hipótesis para su falsación en este estudio:

- Hipótesis 1: Existirá una diferencia en el cumplimiento de instrucciones entre el grupo de instrucciones dadas con verbalización motivadora y el de instrucciones sin verbalización motivadora. Esta diferencia será a favor del grupo con verbalización motivadora.
- Hipótesis 2: Existirá una diferencia en el cumplimiento de las tareas entre las que se dan con un tipo de verbalización motivadora y las que se dan con otro. Esta diferencia será a favor de la verbalización motivadora de cadena, en consonancia con los resultados obtenidos y comentados en los estudios anteriores.

- Hipótesis 3: Existirá una diferencia entre expertos e inexpertos en su frecuencia de uso de las verbalizaciones motivadoras con contenido relativo a las instrucciones. Esta diferencia será a favor de los expertos.
- Hipótesis 4: Existirá una diferencia entre expertos e inexpertos en el tipo de verbalizaciones motivadoras que utilizan junto a las instrucciones. Esta diferencia, atendiendo a los resultados de los estudios previos, consistirá en que los terapeutas expertos usarán menos que los inexpertos la verbalización motivadora coloquial como única acompañante de la instrucción.
- Hipótesis 5: Existirá una diferencia en el cumplimiento de instrucciones entre el grupo de terapeutas expertos y el de inexpertos. Esta diferencia será a favor de los expertos.
- Hipótesis 6: Existirá una diferencia en la frecuencia de uso de verbalizaciones motivadoras de cadena atendiendo a los consecuentes que anticipan. Esta diferencia será a favor de la anticipación de un consecuente apetitivo, de manera que el uso de la anticipación de un consecuente aversivo en solitario será la opción que presente menor frecuencia en la muestra.

2. MÉTODO

Tomando las 88 sesiones que forman la muestra utilizada para los otros dos estudios, se seleccionaron pares de grabaciones con los siguientes criterios:

- Una de las sesiones tenía que seguir inmediatamente a otra.
- La primera sesión debía ser o bien la primera del tratamiento o bien la sesión marcada como “de explicación de análisis funcional”. Esto garantizaba hasta cierto punto el que hubiera un número comparativamente alto de tareas para hacer fuera de sesión encargadas por el terapeuta al cliente.

Esto resultó en el análisis de las 24 sesiones de la muestra que reunían estas condiciones, distribuidas en 12 pares.

Se vieron en su totalidad las primeras sesiones de cada par, anotando las instrucciones que se daban para fuera de sesión, así como la presencia o ausencia y, en su caso, tipo de verbalizaciones motivadoras en la sesión que se refiriesen a la tarea indicada por el terapeuta, fueran estas verbalizaciones motivadoras contiguas a las instrucciones o no. El que no se limitaran las verbalizaciones motivadoras registradas a las que son contiguas a la instrucción viene dado por el interés en este estudio por los contenidos de las verbalizaciones; consideramos que el que la verbalización motivadora se dé o no de manera contigua a la instrucción es un detalle de menor importancia que el que su contenido haga referencia a la instrucción.

Para clasificar las verbalizaciones motivadoras se usaron los dos subtipos básicos ya mencionados con anterioridad: la verbalización motivadora de cadena

(aquella en la que se especifica claramente una contingencia) y la verbalización motivadora coloquial (a través de la cual el terapeuta busca animar al cliente al cambio). Se añadió la posibilidad de que se dieran ambos tipos de verbalización como acompañamiento de la instrucción, al constatar que esto ocurría en varias ocasiones. En cuanto al carácter aversivo o apetitivo de las consecuencias anticipadas por la motivadora, se siguió el mismo procedimiento. Por último, se tomaba nota también del grado de experiencia del terapeuta.

A continuación se presentan algunos ejemplos de verbalizaciones motivadoras que acompañan a instrucciones dadas en diálogos extraídos de las sesiones analizadas.

Ejemplo 1:

-Terapeuta: Acuérdate de hacer el autorregistro, ¿de acuerdo?

-Cliente: Sí.

-Terapeuta: Vale, porque *así yo puedo ver lo que ha pasado y cómo te ha ido* (verbalización motivadora de cadena, consecuente apetitivo), porque *si no, al final perdemos mucho tiempo aquí recordando lo que ha pasado* (verbalización motivadora de cadena, consecuente aversivo).

Ejemplo 2:

Terapeuta: Esta semana, nada de preguntarle quién le llama, ni una mirada al móvil.

Cliente: ¿Nunca? Es que me sale, cuando le llaman o le escriben muchos mensajes me sale el “¿quién te llama?”.

Terapeuta: Nada. Pero luego te digo cómo quiero que se lo digas.

[pasan unos minutos de sesión y vuelven al tema]

Terapeuta: Quiero que le digas: “quiero controlar mis celos, mi exceso de control sobre ti”, porque una cosa en todo este proceso *que te va a llevar, fíjate bien, a que él salga con sus amigos y tú duermas plácidamente y feliz* (verbalización motivadora de cadena, consecuente apetitivo)...

Cliente: ¿Tú crees?

Terapeuta: *Sí.* (verbalización motivadora coloquial)

Cliente: ¿Eso es posible?

Terapeuta: *No lo dudo. Eso no lo dudo.* (verbalización motivadora coloquial).

Cliente: Vale.

Terapeuta: Entonces, hasta que llegue ese punto, tenemos que empezar a practicar con cosas más nimias, como es que él esté hablando por teléfono y tú le puedas preguntar quién es sin que él lo vea como un exceso de control. Pero para que él empiece a ver cambios (verbalización motivadora de cadena, consecuente apetitivo), tú le tienes que decir esto: (comienza a dar instrucciones concretas sobre la conversación).

-Cliente: Vale.

Ejemplo 3:

Terapeuta: Quiero que empieces a decirte cosas menos desagradables sobre lo que te pasa, ¿de acuerdo? Es muy importante... [comienza a dar varios

ejemplos sobre cómo el pensamiento centrado en factores aversivos del entorno puede agudizar la respuesta de ansiedad ante ese entorno].

Cliente: Pero es que me sale sólo...

Terapeuta: Claro que sí, y yo entiendo que es difícil, de verdad que lo entiendo, *pero ya verás cómo lo vamos a controlar, vamos a aprender a controlarlo*. (verbalización motivadora coloquial).

Una vez se completó este paso, se continuó con la observación completa de la segunda sesión de cada par, comprobando si la instrucción había sido seguida o no. El criterio para considerar que la instrucción había sido seguida era estricto: se tomaba como seguimiento el que el cliente dijera que había seguido la instrucción. Por otro lado, si la instrucción era seguida de manera parcial (por ejemplo, practicar la relajación pero no a diario) se consideraba un no seguimiento. Esta decisión se tomó para facilitar el análisis y no fragmentar la muestra innecesariamente.

Una vez se obtuvieron los datos pertinentes, se realizaron pruebas de Chi cuadrado para comprobar la significatividad estadística de las diferencias entre los grupos de cumplimiento y no cumplimiento según las variables de presencia o ausencia de motivadoras, tipo de motivadoras y experiencia del terapeuta. También se llevaron a cabo pruebas de riesgo relativo y razón de ventajacuando el tamaño muestral lo permitía; ambas pruebas permiten una presentación más intuitiva de los datos, así como una medida de la proporcionalidad de los mismos.

Las observaciones de sesiones se realizaron a través del software *The Observer* versiones 10.5 y 11, de Noldus. Todos los contrastes estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS 15.

3. RESULTADOS

Tras la revisión de los 12 pares de sesiones mencionadas con anterioridad se encontraron un total de 33 instrucciones, que se distribuyen según las variables anteriormente descritas de la siguiente manera (ver Tablas 1, 2 y 3).

Tabla 1. Distribución de las instrucciones según la experiencia del terapeuta.

Instrucciones según experiencia del terapeuta

	Frecuencia
Experto	20
Inexperto	13
Total	33

Tabla 2. Distribución de las instrucciones según fueran o no cumplidas.

Instrucciones según cumplimiento

	Frecuencia
Cumplimiento	24
No cumplimiento	9
Total	33

Tabla 3. Distribución de las instrucciones según presencia, ausencia y tipo de verbalización motivadora.

Presencia y tipo de verbalizaciones motivadoras

	Frecuencia
Sin motivadora	13
Con motivadora	20
-Coloquial	1
-De cadena	18
-Coloquial y de cadena	1

A primera vista, se encuentran diferencias importantes en el cumplimiento de instrucciones (con una amplia mayoría de instrucciones cumplidas) y en el tipo de verbalización motivadora usada (en su mayor parte de cadena), mientras que en la experiencia del terapeuta y en la presencia o ausencia de verbalizaciones motivadoras relativas a las instrucciones las diferencias son menores aunque no inexistentes.

3.1 Hipótesis 1

En primer lugar se realizó una tabla de contingencia con su correspondiente prueba Chi cuadrado para comprobar las diferencias entre los grupos (ver Tabla 4).

Tabla 4. Tabla de contingencia entre las variables "cumplimiento" y "presencia de motivadora".

		Recuento		Total
		Motivadora		
Cumplimiento	No	No	Sí	
			7	2
	Sí	6	18	24
Total		13	20	33

Nota: [$X^2(1) = 7,637; p=0,006$]. La razón de ventaja para esta tabla es 10,5.

Teniendo en cuenta el resultado de la prueba Chi-cuadrado, podemos concluir que las diferencias son estadísticamente significativas.

A continuación, se calculó el riesgo relativo y razón de ventaja, arrojando unos resultados de **1,95** y **10,5** respectivamente. Esto es decir que, según los resultados, es 1,95 veces más probable que una instrucción acompañada de una verbalización motivadora se cumpla que el que se cumpla sin ella; además, y

según la razón de ventaja, por cada 10 veces que una instrucción con verbalización motivadora se cumple, solo una no se cumpliría.

Esto nos permite mantener la Hipótesis 1.

3.2 Hipótesis 2.

Se siguió el mismo procedimiento que para comprobar la Hipótesis 1, realizando una tabla de contingencia y una prueba Chi-cuadrado (ver Tabla 5).

Tabla 5. Tabla de contingencia entre las variables "tipo de motivadora" y "cumplimiento".
Recuento

		Tipo de motivadora			Total
		Coloquial	Cadena	Coloquial y cadena	
Cumplimiento	Sí	0	17	1	18
	No	1	1	0	2
Total		1	18	1	20

Nota: $[X^2 (2) = 9,683; p=0,008]$.

De este resultado se puede deducir que las diferencias entre las diferentes verbalizaciones motivadoras son estadísticamente significativas.

Con el objetivo de completar los resultados se utilizó de nuevo la prueba Chi-cuadrado de Pearson, eliminando la única verbalización motivadora coloquial que existe en la muestra, para comparar la diferencia en efectividad entre usar únicamente una verbalización motivadora de cadena y acompañarla con una coloquial; se encontró que esa diferencia no es significativa.

Debido a la existencia de casillas vacías en las tablas de contingencia, no se pudieron calcular el riesgo relativo ni la razón de ventaja.

Estos resultados nos permiten mantener la Hipótesis 2.

3.3 Hipótesis 3.

De nuevo, se procedió a la elaboración de una tabla de contingencia y la posterior prueba Chi-cuadrado (ver Tabla 6).

Tabla 6. Tabla de contingencia entre las variables "uso de motivadoras" y "experiencia del terapeuta".
Recuento

		Experiencia		Total
		Experto	Inexperto	
Motivadoras	Sí	15	5	20
	No	5	8	13
Total		20	13	33

Nota: $[X^2 (1) = 4,406; p=0,036]$. La razón de ventaja para esta tabla es 4,8.

Este resultado nos permite afirmar que las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas.

A continuación, y de manera análoga a como se procedió para comprobar la Hipótesis 1, se calcularon el riesgo relativo y la razón de ventaja, obteniendo los resultados de 1,95 y 4,8 respectivamente. Esto significa que los expertos emiten 1,95 veces más motivadoras que los inexpertos, y que tan sólo 1 de cada casi 5 instrucciones que emiten se da sin verbalizaciones motivadoras.

Estos datos nos permiten mantener la Hipótesis 3.

3.4 Hipótesis 4.

Se elaboró una tabla de contingencia con las dimensiones “experto-inexperto” y “tipo de motivadora emitida” (ver Tabla 7).

Tabla 7. Tabla de contingencia entre las variables “experiencia del terapeuta” y “tipo de motivadora”.
Recuento

		Tipo de motivadora			Total
		Cadena	Coloquial	Cadena y coloquial	
Experiencia	Experto	14	0	1	15
	Inexperto	4	1	0	5
Total		18	1	1	20

Nota: $[X^2 (2) = 4,762; p=0,092]$.

Como puede comprobarse, los terapeutas expertos no emitieron ni una sola vez una verbalización motivadora coloquial como única acompañante de la instrucción. Esto imposibilita el cálculo del riesgo relativo y la razón de ventaja, al dejar una de las casillas necesarias para el cálculo con valor de cero.

Este resultado nos permite mantener la hipótesis 4.

3.5 Hipótesis 5.

Al igual que en los casos anteriores, se elaboró una tabla de contingencia con su correspondiente prueba Chi-cuadrado (ver Tabla 8).

Tabla 8. Tabla de contingencia entre las variables “cumplimiento” y “experiencia del terapeuta”.

		Experiencia		Total
		Experto	Inexperto	
Cumplimiento	Sí	19	5	24
	No	1	8	9
Total		20	13	33

Nota: $[X^2 (1) = 12,698; p=0,000]$. La razón de ventaja para esta tabla es 30,4.

Este dato nos permite afirmar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre expertos e inexpertos en cuanto al seguimiento de sus instrucciones en esta muestra.

Por último, se calcularon el riesgo relativo y la razón de ventaja, obteniendo los resultados de 2,47 y 30,4 respectivamente. Esto significa que es 2,47 veces más probable que haya cumplimiento en las instrucciones dadas por un experto que en las dadas por un inexperto, y que, por cada 30 veces que un terapeuta experto da una instrucción, solo una no se cumple.

Estos datos nos permiten mantener la Hipótesis 5.

3.6 *Hipótesis 6.*

Se realizó un estudio descriptivo para la variable “tipo de consecuente”, dividida en “apetitivo”, “aversivo” y “apetitivo y aversivo”. Evidentemente, en la comprobación de esta hipótesis sólo se tienen en cuenta las verbalizaciones motivadoras de cadena, por ser las únicas que presentan estas dimensiones (ver Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencias de tipo de consecuente anticipados en las verbalizaciones motivadoras de cadena emitidas.

	Tipo de consecuente			Total
	Apetitivo	Aversivo	Apetitivo y aversivo	
Frecuencia	11	0	8	19
Porcentaje	57,9	0	42,1	100

En los resultados queda claro que la anticipación de contingencias aversivas no se ha usado nunca en solitario para acompañar las instrucciones en la muestra.

Este resultado nos permite mantener la hipótesis 6.

4. DISCUSIÓN

Si bien los resultados obtenidos en este estudio deben ser tratados con cautela –habida cuenta de los tamaños muestrales-, presentan algunos datos verdaderamente interesantes desde el punto de vista clínico.

La comprobación de la **hipótesis 1**, que postulaba una relación positiva entre la emisión de verbalizaciones motivadoras relativas al contenido de las instrucciones y el seguimiento de las mismas, resulta especialmente interesante: el que, en esta muestra, las instrucciones que se acompañan –sea de manera contigua o no- de una o varias motivadoras tengan casi el doble de probabilidades de ser seguidas es algo de una inmensa importancia para cualquier terapeuta que tenga interés en maximizar la adhesión al tratamiento por parte de los clientes. Con mayor detalle, y de acuerdo con los resultados relativos a la **hipótesis 2**, podríamos decir que la anticipación de las contingencias que seguirán al seguimiento de una instrucción fuera de sesión es más eficaz (y, desde luego, más usada) que simplemente animar al cliente al cambio de forma inespecífica.

En cuanto a las diferencias entre expertos e inexpertos, los resultados aportan una perspectiva interesante: la comprobación de la **hipótesis 3** muestra que los terapeutas expertos emiten un mayor número de verbalizaciones motivadoras acompañando a las instrucciones que los inexpertos y, por su parte, la **hipótesis 4** muestra claramente que los terapeutas expertos no utilizan la verbalización motivadora coloquial en solitario como acompañante de las instrucciones ni una vez en toda la muestra tenida en consideración. Estos datos,

junto con la comprobación de la **hipótesis 5**(que indica un mayor seguimiento de las instrucciones dadas por terapeutas expertos) parecen apuntar, al menos de forma tentativa, hacia una cierta influencia de la frecuencia y tipo de verbalización motivadora en el mayor cumplimiento de las instrucciones de los terapeutas expertos.

En cuanto a la **hipótesis 6**, es llamativo el hecho de que en toda la muestra no se use una sola vez una verbalización motivadora que anticipe una contingencia aversiva como único tipo de motivadora que acompañe a una instrucción. Parece que, aún a pesar de que los terapeutas anticipan ocasionalmente que habrá resultados negativos si la instrucción no se cumple, nunca lo hacen como única manera de animar al cliente a seguirla, prefiriendo en su lugar adelantar las consecuencias apetitivas o, en cualquier caso, ambos tipos.

Dando un paso atrás metafórico para obtener una visión de conjunto de estos resultados, parece indiscutible la importancia del uso de verbalizaciones motivadoras cuando se da una instrucción para que el cliente la siga fuera de sesión. Como hemos dicho con anterioridad, es en los contextos no clínicos (en su casa, en su trabajo, etc.) donde el cliente tendrá que enfrentarse a contextos discriminativos que le impulsarán a seguir emitiendo su comportamiento problemático. Estas contingencias, dado que están fuera del alcance del terapeuta –siempre que hablemos de clínica ambulatoria, por supuesto–, presentan el problema de que el clínico no está presente para administrar los reforzadores necesarios para que el cliente realice una respuesta que, al menos inicialmente, será inmensamente costosa en comparación con su respuesta habitual. Toda la

directividad de la que hace uso el terapeuta de conducta puede quedar seriamente mermada en su efectividad al no estar presente como elemento discriminativo o aplicador de consecuentes. Ahí es donde entra, por lo tanto, la verbalización motivadora en su variante de cadena: una forma de “traer al presente” los reforzadores que se obtendrán por la realización de la técnica en cuestión, o bien la estimulación aversiva que continuará existiendo o se dará en caso de no seguir la instrucción.

Teniendo esto en cuenta la recomendación principal para cualquier terapeuta, sea experto o inexperto, sería *motivar* al cliente al seguimiento de instrucciones anticipando lo que obtendrá de ellas; esto es, usar la verbalización motivadora de cadena como apoyo de la instrucción siempre que puedan. De hecho, según los resultados, por cada 10 instrucciones emitidas con una verbalización motivadora de apoyo tan solo una no se cumpliría. Esto, junto con el hecho al que hemos aludido anteriormente de que las instrucciones acompañadas de motivadoras tienen el doble de posibilidades de ser seguidas, significa que la verbalización motivadora de cadena es una herramienta útil. Decimos “la motivadora de cadena” porque, según los resultados, la verbalización motivadora coloquial no parece tener un efecto apreciable en el seguimiento de instrucciones; si bien los datos sobre su emisión en solitario son escasos (tan solo se emitió una vez en la muestra, y la instrucción a la que acompañaba no fue seguida), no aumenta significativamente el seguimiento de la instrucción cuando se da junto con la motivadora de cadena. Es decir, entre emitir solamente una motivadora de cadena y acompañarla de una coloquial no

se aprecia una diferencia en el seguimiento de la instrucción. Debemos concluir, por lo tanto, que la verbalización motivadora coloquial no es la idónea cuando el terapeuta quiere aumentar las probabilidades de que el cliente siga las instrucciones que está emitiendo o, al menos, que no tiene un efecto apreciable.

Dentro de la motivadora de cadena, nuestro consejo sería indudablemente hacer énfasis en las consecuencias apetitivas de seguir la instrucción, acompañándolas si se considera oportuno de las consecuencias aversivas de no seguirla.

En cuanto a las comparaciones entre expertos e inexpertos, de nuevo nos permiten dar una recomendación tentativa—en este caso solo a los terapeutas inexpertos—: dado que parte de las diferencias entre los terapeutas expertos e inexpertos están en la cantidad de verbalizaciones motivadoras que emiten como acompañantes de las instrucciones, y dado que sus instrucciones son seguidas de manera abrumadoramente más frecuente que las de los inexpertos (casi dos veces y media más), el terapeuta inexperto que busque aumentar las probabilidades de que el cliente siga sus instrucciones haría bien en acompañarlas de verbalizaciones motivadoras de cadena. El por qué no es así puede deberse a la falta de confianza propia de un terapeuta inexperto, que no se atreva a anticipar resultados concretos por miedo a que estas anticipaciones no se cumplan y que el cliente quede insatisfecho o decepcionado. También, y aunque sin un estudio de las verbalizaciones instructoras es imposible saberlo, podría deberse a que dé las instrucciones o bien de una manera más nebulosa (sin hacer verdadero hincapié en cosas como cuándo y cómo debe llevarse a cabo el contenido de la

instrucción) o bien de una forma más rígida (sin dar lugar a un verdadero intercambio verbal con el cliente). Ambos extremos modificarían el discurso de una manera que tal vez haga más difícil la introducción de verbalizaciones motivadoras.

En conclusión, consideramos que el presente estudio es un paso importante hacia la operativización de la conducta clínica experta dado que los resultados pueden constituir una vía prometedora hacia la obtención de una guía clara de actuación en lo que respecta a la anticipación de contingencias. Además, y de forma igualmente importante, enlaza la verbalización motivadora con su efecto en el seguimiento de instrucciones, legitimando y ratificando así su papel hipotetizado de impulsora y favorecedora del cambio clínico.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES FINALES

1. LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA EN TERAPIA

1.1 La definición de la verbalización motivadora.

La tarea de clasificar las posibles funciones de las verbalizaciones del terapeuta y el cliente en el contexto clínico es, indudablemente, ardua. El discurso de uno y otro participante de la interacción terapéutica es tan amplio en su forma y su fondo como puede serlo en cualquier otra situación, y cualquier sistema de categorías que busque, valga la redundancia, categorizar y sistematizar este discurso tiene que moverse con mucha cautela entre una molaridad y una molecularidad que permitan un análisis fructífero y relevante de lo que se estudia.

En este contexto, hay que comprender la verbalización motivadora como un caso particular; si bien podría decirse que todo o casi todo lo que dice un terapeuta en sesión tiene como objetivo último provocar o ayudar a un cambio en el cliente, es la alusión directa a este cambio lo que distingue y caracteriza a la verbalización motivadora de las demás.

Por supuesto, podrían proponerse maneras alternativas de clasificar o caracterizar la verbalización motivadora; podría restringirse la definición de tal manera que se eliminara cualquier alusión a contingencias o tareas y permanecieran únicamente las verbalizaciones que coloquialmente llamaríamos “motivadoras”; esto es, aquellas que animan al cambio o al proceso de tratamiento sin hacer referencia directamente a ninguna contingencia futura o pasada: las verbalizaciones motivadoras coloquiales. De esta manera, estaríamos reduciendo el número de verbalizaciones motivadoras que se registran y eliminando algunas posibilidades de confusión o solapamiento con verbalizaciones instructoras o informativas, además de dando un sentido más intuitivo a la idea de “motivación en terapia”. Sin embargo, como hemos discutido con detalle en la introducción, el análisis de la motivación desde el conductismo radical no puede pasar por alto la anticipación de contingencias o las operaciones de establecimiento que se pongan en marcha. Es decir, convertir las verbalizaciones motivadoras coloquiales en las únicas motivadoras –dejando a las de cadena como informativas o instructoras según el contenido- convertiría el sistema en algo más accesible para las personas no familiarizadas con el concepto de motivación desde el conductismo radical, pero sería impensable dentro de un trabajo como este, enmarcado en una línea y una tradición claramente comprometidas con el análisis de conducta.

Podría haberse seguido la lógica contraria, considerando como verbalización motivadora únicamente aquella que sea de cadena, esto es, que especifique claramente una contingencia. Esto habría llevado a incluir las

verbalizaciones motivadoras coloquiales dentro de la categoría “otras” o incluso tratarla como una verbalización con topografía de refuerzo, dependiendo del contenido. Así, se restringiría el significado de “motivación” al más estrictamente técnico, dejando de lado las definiciones o usos menos completos o menos imbricados dentro de la tradición conductista.

El problema de llevar a cabo esta reducción sería que estaríamos dejando fuera del análisis algo que, tenga o no efecto, se hace con una clara *intención de motivar* (esto es, de ayudar y hacer más probable el cambio) por parte del terapeuta. Si bien la verbalización motivadora coloquial puede ser la más nebulosa en su definición y la que más problemas puede plantear a la hora de registrarse, como hemos dicho con anterioridad, es indudable que cumple una función que debe ser tomada en cuenta como algo distinto de la “charla” y como algo con una intención más a futuro que un simple “lo has hecho muy bien”.

Por lo tanto, consideramos que esta duplicidad, esta inclusión de dos cosas tan aparentemente distintas dentro de la definición de verbalización motivadora, hace referencia tanto a una realidad clínica como a una coherencia teórica que, en el contexto de esta línea de investigación, ni pueden ni deben separarse.

1.2 La definición de la verbalización motivadora de cadena.

La definición de la verbalización motivadora de cadena y su división según las dimensiones discutidas en el primer estudio de este trabajo han sido, sin duda, de las ideas más fructíferas que se han usado en nuestro estudio de la verbalización motivadora. Nos habría resultado difícil, cuando no imposible,

hablar de verbalizaciones que hacen referencia a contingencias y no entrar en el detalle de en qué manera hacen referencia a esas contingencias. La división, por lo tanto, según contexto discriminativo, variación estimular, modalidad del estímulo y forma de respuesta, no sólo era algo que podía hacerse: era algo que debía hacerse si se quería, como era el caso, estudiar la verbalización motivadora con cierto nivel de detalle. Los resultados apoyan el haber usado este criterio: aun a pesar de la inevitable fragmentación de la muestra, la riqueza de información que aporta el saber no sólo si se motiva o no, sino cómo se motiva, es consecuencia directa de la decisión de dividir así la motivadora de cadena. Es gracias a esta división por lo que sabemos que los terapeutas expertos hacen referencia más a menudo a contextos discriminativos generales que los inexpertos, o que los terapeutas en general adelantan más la ocurrencia de consecuentes apetitivos que la de aversivos, además de otros muchos detalles ya concretados en los lugares pertinentes. Por lo tanto consideramos que la verbalización motivadora de cadena bien definida y además presenta una utilidad importante en el estudio de la motivación en terapia.

1.3 La definición de la verbalización motivadora coloquial.

La verbalización motivadora coloquial presenta el problema de incluir muchas expresiones o frases que, siendo muy distintas entre sí, parecen expresarse con un objetivo común: impulsar al cambio. Si bien los resultados no han sido especialmente esclarecedores en lo que respecta a la verbalización motivadora coloquial, dejando alguna incógnita acerca de su verdadera utilidad,

son parte de una realidad de la práctica clínica que no debe dejarse de lado a la hora de analizar la motivación en terapia. Probablemente podría haberse dividido esta verbalización en subtipos para dar un mayor detalle a su estudio (por ejemplo, distinguiendo entre las verbalizaciones que parecen mostrar simplemente apoyo por parte del terapeuta, como “hasta ahora lo has hecho muy bien” y aquellas que muestran su confianza en que el cliente llevará a cabo una tarea, como “no me cabe duda de que lo harás estupendamente”), aunque, dada la poca frecuencia con que estas verbalizaciones se dan, habría fragmentado la muestra de una manera que *a priori* no hay forma de saber si habría sido o no fructífera.

2. EL USO DE LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA EN TERAPIA

2.1 *En el tratamiento.*

La frecuencia comparativamente escasa de la verbalización motivadora no es un obstáculo a la hora de detectar patrones de uso que nos revelan de qué manera motivan los terapeutas en sesión. Estos patrones los podemos analizar teniendo en cuenta el tratamiento en su totalidad y/o teniendo en cuenta la sesión.

Como se recordará del primer estudio, dedicado al lugar que ocupa la verbalización motivadora dentro del tratamiento, es imprescindible hacer referencia a las fases de tratamiento ya estudiadas y definidas por este grupo de investigación en trabajos previos, y que pivotan sobre el concepto de “conducta clínicamente relevante”; cabía esperar que las verbalizaciones motivadoras se

ajustaran de alguna manera a esa variación también, adaptándose a los objetivos que sean en ese momento el interés central del terapeuta.

Según los resultados del primer estudio, la verbalización motivadora no se emite por igual ni en frecuencia ni en tipo a lo largo del tratamiento; antes bien, muestra diferencias importantes entre los bloques formados por las sesiones con predominancia de una u otra actividad clínicamente relevante. Así, sin ánimo de exhaustividad, podemos recordar el hecho de que la verbalización motivadora coloquial se emite más en las sesiones dedicadas a la evaluación y las dedicadas a la consolidación; que el terapeuta habla más a menudo de consecuentes aversivos en el grupo correspondiente al tratamiento, momento también en el que anticipa más la presentación de estímulos; o que, de manera global, se emiten más motivadoras en el grupo de consolidación que en todos los demás.

Todos estos resultados nos llevan a considerar que la verbalización motivadora, pese a mostrar una marcada homogeneidad en su presentación (como discutiremos más adelante) sí se adapta a la actividad clínicamente relevante que esté llevando a cabo el terapeuta y cambia con ella.

2.2 *En la sesión.*

Tras comprobar que la verbalización motivadora es sensible al momento de la terapia en el que ocurre, se hacía necesario comprobar si también es sensible al momento de la sesión en el que se da. El estudio previamente realizado con un análisis secuencial de las verbalizaciones que rodean a la motivadora arrojaba unos resultados poco significativos en su sentido clínico,

que no estadístico; parecía evidente que era necesario estudiar el contenido de las verbalizaciones que rodeaban a la motivadora para solventar esta carencia. Con ese objetivo se creó el concepto de “bloque motivador” como conjunto de verbalizaciones que acompañan a una motivadora y la clarifican o apoyan en su contenido, junto con la motivadora (o motivadoras) en concreto. El valor de este concepto es evidente una vez se tiene en cuenta que a menudo el terapeuta está abordando el mismo contenido de distintas maneras: más informativa, más en forma de instrucción o más motivadora, por ejemplo. Estudiar la relación de contingencia entre estas formas distintas de dar la misma información podía ser interesante, pero no tener en cuenta que el contenido puede estarse repitiendo llevaría a un “emborronamiento” del estudio del uso de la motivadora. Así pues, se hacía necesario considerar estos conjuntos de verbalizaciones como una sola cosa a efectos de un estudio secuencial, de tal manera que se pudiera clarificar qué verbalizaciones rodean al contenido motivador. Con este objetivo se desarrolló el segundo estudio empírico del presente trabajo, mostrando de nuevo que la verbalización motivadora no ocurre al azar, sino que se inserta preferentemente entre cierto tipo de verbalizaciones.

Esto podría parecer bastante evidente, pero la conclusión a la que nos lleva es que la verbalización motivadora se está usando prioritariamente para unas funciones concretas para las que apoya –y es apoyada- fundamentalmente por las verbalizaciones informativas e instructoras. Estas funciones serán, casi con seguridad, aquellas relacionadas con la explicación al cliente de las bases comportamentales de su problema –momento en el que es aconsejable explicitar

claramente qué efectos tienen sobre su conducta las cosas que hace- y aquellas relativas a la propuesta y evaluación del seguimiento y resultado de tareas. Es en esta última función en la que resulta más intuitivamente evidente la importancia de la verbalización motivadora, y le dedicaremos más atención más adelante; en cualquier caso, parece que la función hipotetizada de la verbalización motivadora como impulsora del cambio se ve de nuevo avalada por el hecho de estar preferentemente inserta entre verbalizaciones que se dirigen claramente a controlar y definir ese cambio.

No solo esto; cuando tomamos la verbalización motivadora en relación con las verbalizaciones del cliente, vemos que este cambio se está dando en sesión en ese mismo momento. Las verbalizaciones del cliente que muestran aquiescencia y comprensión con lo que está diciendo el terapeuta siguen de manera significativa a la emisión de motivadoras, al igual que lo hace la anticipación del seguimiento de instrucciones. Estas probabilidades de ocurrencia de las verbalizaciones son las que muestran más claramente el efecto catalizador del cambio que tiene la verbalización motivadora en el contexto clínico, y, en un sentido más general, cómo el discurso del terapeuta moldea el del cliente. El que se esté usando claramente para moldear el discurso del cliente hacia una anticipación verbal del cumplimiento de instrucciones es una muestra más de cómo el terapeuta usa la verbalización motivadora para que el cliente anticipe los beneficios del seguimiento de instrucciones.

Otro dato interesante relacionado con la emisión de motivadoras en el tratamiento, a pesar de ser contrario a la hipótesis formulada en su momento, es

el hecho de que se den ambos tipos de verbalización motivadora en las mismas medias y desviaciones típicas de tiempo de sesión. Lo intuitivo y tal vez lo técnicamente correcto sería que la verbalización motivadora coloquial se diera más al final de la sesión como una forma de animar al cliente a continuar con el tratamiento y a comprometerse con los cambios. Dicho coloquialmente, a que el cliente se fuera de la sesión con “buen sabor de boca”. Sin embargo, no es así, lo que nos lleva de nuevo a que el terapeuta está reaccionando ante contenidos del discurso (suyo y del cliente) más que ante factores como el tiempo que quede de sesión.

Por último, hay un beneficio adicional que emerge de utilizar el contenido de las verbalizaciones del terapeuta para unir varios tipos de verbalizaciones en un solo bloque según su función aparente de motivar: hasta ahora, las verbalizaciones estado (instructora, informativa y motivadora) quedaban estrictamente fuera del análisis funcional del discurso del terapeuta en sesión, porque no estaban definidas según su aparente función, sino según su contenido. Al agruparlas según un criterio de orden superior al de “verbalización”, creando un segmento de discurso del terapeuta con función motivadora como nueva unidad de análisis, podemos devolver este contenido al análisis funcional, no siendo solo capaces de detectar contingencias de tres términos, sino de añadir el cuarto término: el de la operación motivadora. Esto puede tener una gran relevancia a la hora de estudiar el cumplimiento de tareas fuera de sesión, pero también la adhesión al tratamiento y, por supuesto, la forma en la que las verbalizaciones del cliente van modificándose conforme avanza el tratamiento.

3. LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA DE CADENA COMO FORMA MEJOR DE MOTIVAR

Un dato derivado del estudio de la verbalización motivadora a lo largo del tratamiento es el hecho de que se observa una clara preponderancia de la verbalización motivadora de cadena frente a la coloquial que permanece durante todo el proceso de la intervención. Teniendo en cuenta los resultados de los tres estudios en su conjunto, esto podría ocurrir por algunos motivos. Por ejemplo, podría ser simplemente función del énfasis que los terapeutas conductuales ponen en el análisis funcional como forma de entender el comportamiento, un análisis funcional fundamentalmente basado en la contingencia de tres términos. Así, el uso diferencial de la motivadora de cadena simplemente sería un caso particular de una costumbre en los terapeutas conductuales, que tal vez estén todo el tiempo en sesión hablando de y en contingencias de tres términos.

También podría ser que el uso de la verbalización motivadora de cadena responda a un proceso de moldeamiento ejercido por la experiencia clínica (o no clínica) del terapeuta. Según los resultados del tercer estudio, parece que la verbalización motivadora de cadena es muchísimo más usada como acompañante de instrucciones que la coloquial, y que obtiene mejores resultados. Además, los terapeutas inexpertos tienen una media de emisión por sesión de verbalizaciones motivadoras coloquiales mucho más elevada que la de cadena, cosa que no ocurre con los expertos, por lo que cabe suponer que la experiencia como terapeuta tiene algún efecto moldeador del discurso en lo que respecta a la

verbalización motivadora. Así pues, lo que estaríamos viendo simple y llanamente sería el efecto de un proceso de refuerzo diferencial (asumiendo aquí que el que el cliente siga las instrucciones refuerza el uso de una forma concreta de impartirlas) que convierte a la verbalización motivadora de cadena en la más usada no solo en el momento de impartir instrucciones, sino todo a lo largo del tratamiento.

En lo que respecta a la forma de esta verbalización motivadora de cadena, queda claro el hecho de que en una gran mayoría de casos, cuando el terapeuta motiva, lo hace siguiendo el esquema de “cadena-contexto específico-conducta por acción-consecuente apetitivo por presentación”. Podemos considerar, por lo tanto, que este es el “prototipo” de verbalización motivadora; el hecho de que sea así y no de otra manera podría explicarse de muchas formas (ya discutidas en el lugar adecuado), pero para nosotros es esencial resaltar el papel moldeador de la experiencia del terapeuta como emisor de verbalizaciones de las que se espera un efecto sobre la conducta del cliente; puede ser esta experiencia clínica la que haga a este tipo de verbalización motivadora la más común. De manera complementaria, también se da el hecho de que es tal vez la forma más sencilla de expresar una contingencia. Por último, y ya saliéndonos del contexto clínico, cabe destacar que una forma muy común de impulsar a alguien a hacer algo en un contexto coloquial natural es el adelantar las cosas buenas que obtendrá de ello. Es más: en psicología de la salud es un hecho bien conocido que es más útil anticipar los beneficios de hacer algo (por ejemplo en campañas de fomento de las conductas de prevención de riesgos) que anticipar las consecuencias de no

hacerlo. De la misma manera, el castigo, si bien es útil a la hora de modificar conductas incluso en un contexto clínico (Froján, Galván, Izquierdo, Ruiz y Marchena, 2013; Galván-Domínguez, Beggio, Pardo-Cebrián, Segovia-Arroyo, Froján-Parga, 2014), está limitado por el hecho de que no enseña qué hacer, sino que sólo elimina conductas. Esto claramente excede los límites de este trabajo, que está necesariamente circunscrito al contexto clínico, pero es legítimo preguntarse hasta qué punto la forma de la verbalización motivadora de cadena tal y como se usa en sesión responde a su relativa abundancia en el discurso extraclínico.

4. LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA COMO ACOMPAÑANTE DE LAS INSTRUCCIONES

Una de las mayores preocupaciones de cualquier clínico es el seguimiento de instrucciones. Entre todas las cosas que un terapeuta puede hacer para que esto ocurra, como comenzar por tareas que no tengan un gran coste de respuesta o explicar claramente en qué consiste la tarea, hay una que, según los resultados del tercer estudio empírico, duplica las posibilidades de que la instrucción sea seguida: adelantar las consecuencias de seguir la instrucción (y, en ocasiones, las de no seguirla). Es más: por cada diez instrucciones dadas con una verbalización motivadora como acompañante, tan solo una no se cumplirá.

En este contexto es en el que queda clara, por fin, la superioridad de la verbalización motivadora de cadena como impulsora del cambio frente a la

coloquial; esta última rara vez se usa como acompañante de la instrucción, mientras que es común que la instrucción se apoye en aquella.

Cabe preguntarse, toda vez que es razonable concluir que la verbalización motivadora tiene al menos algún efecto sobre el cumplimiento de instrucciones, cómo funciona realmente. Es decir, ¿cómo motiva la verbalización motivadora? Pues bien, atendiendo a lo expuesto por Tonneau (por ejemplo, 2004), podríamos aducir que al aludir verbalmente a un estímulo apetitivo que se obtendrá del seguimiento de una instrucción el cliente está experimentando algunos aspectos de ese mismo estímulo apetitivo por una cuestión de equivalencia funcional entre la palabra y aquello que designa, por supuesto teniendo en cuenta que esa equivalencia puede ser más difícil o más fácil según el estímulo al que se aluda con la o las palabras: por ejemplo, mientras que es fácil experimentar los correlatos fisiológicos de tener zumo de limón en la boca en ausencia del limón, mediando sólo la instrucción “imagínate que muerdes un limón”, puede ser más difícil experimentar estados o estímulos descritos de forma más nebulosa, como “ser feliz”, “sentirse libre” o “estar a gusto contigo mismo” (una razón más para usar un lenguaje directo en sesión). Estaríamos, por lo tanto, exponiendo al cliente no sólo a un estímulo apetitivo (en el caso de que esta sea la contingencia que estamos expresando), sino también a experimentar en cierto grado toda la contingencia. Cabe también mencionar el efecto de prueba del reforzador que puede estarse dando: al exponer al cliente verbalmente al reforzador que obtendrá, puede estarse consiguiendo que resulte más apetecible llevar a cabo una conducta, reduciendo el coste de respuesta y, por lo tanto, aumentando la

probabilidad de que se dé. Por supuesto, todo lo dicho acerca de contingencias apetitivas es aplicable también a las aversivas: hacer al cliente “vivir” en sesión la angustia o el malestar que se derivarían de tomar (o no tomar) un curso de acción determinado puede estar aumentando el valor de castigo de los consecuentes o haciendo que los discriminativos que normalmente evocan la respuesta a eliminar pierdan esa potencia al menos en parte, facilitando la aparición de respuestas que compitan.

Hay una explicación complementaria y que está relacionada con la interacción y relación terapéutica y las verbalizaciones motivadoras coloquiales (especialmente): la muestra de confianza en el cambio que supone la emisión de una verbalización motivadora coloquial por parte del terapeuta puede tener un efecto sobre la facilidad o sistematicidad con la que se van a seguir sus instrucciones. Además, una vez el terapeuta haya anticipado acertadamente los efectos que tendrá sobre el problema del cliente el seguir o no una instrucción, es razonable pensar que las verbalizaciones motivadoras que se emitirán a partir de ese momento recibirán más atención por parte del cliente y funcionarán mejor (en el sentido de que favorecerán con más probabilidad el cambio); así, el que la relación terapéutica haya sido correcta y agradable (cuestión para la que expresar confianza en el cambio puede ser importante) y además haya transmitido en el pasado anticipaciones que se han cumplido pueden ser dos factores más que explicarían por qué funciona la verbalización motivadora.

5. LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA COMO FORMA DE DISTINGUIR ENTRE EXPERTOS E INEXPERTOS

Las comparaciones entre terapeutas expertos e inexpertos siempre resultan fructíferas en cuanto a la información que arrojan acerca de qué es lo que diferencia su quehacer clínico. Este no es un problema tan tangencial al estudio del proceso de cambio como podría parecer: gran parte de los esfuerzos formativos relacionados con la preparación de psicólogos para ser buenos clínicos se apoyan en el hecho generalmente considerado como cierto de que los terapeutas expertos son mejores clínicos (esto es, consiguen el cambio de manera más efectiva y eficiente) que los terapeutas inexpertos. Indudablemente habrá aspectos paraverbales, prosódicos o incluso relativos al aspecto físico del terapeuta que harán que esto sea así; lo que está fuera de toda duda, por otra parte, es que serán las diferencias en actuación de unos y otros lo que subyacerá a sus diferencias en términos de éxito terapéutico. Comprender cómo trabajan unos y otros a un nivel micro (esto es, al nivel de las verbalizaciones que emiten, cuándo y cómo lo hacen) supondría un conocimiento de valor incalculable a la hora de moldear y modelar el comportamiento de los terapeutas inexpertos. Nuestro equipo de investigación ya ha recorrido algunos pasos en esta vía; el estudio de las diferencias entre unos y otros en lo que respecta a las verbalizaciones motivadoras debe ser entendido en ese contexto de empeño por describir, explicar, predecir y controlar el desempeño clínico para una mejoría, entre otras cosas, de la formación de terapeutas.

Desde un punto de vista general, lo que está claro es que el terapeuta inexperto motiva menos que el terapeuta experto. Esto es, anticipa menos los resultados de las conductas del cliente. Esto puede derivar, como decíamos anteriormente, de una posible falta de confianza por parte del terapeuta inexperto en sus habilidades como clínico, que puede redundar en que se sienta poco seguro a la hora de anticipar las consecuencias apetitivas de los actos que quiere que el cliente lleve a cabo. Tal vez el inexperto teme que el cliente, aun si lleva a cabo todo lo que se le recomienda, no obtenga los beneficios anticipados y él se vea obligado a responder por este fracaso ante él, perdiendo su credibilidad como agente de cambio. Una explicación alternativa –aunque ciertamente menos deseable– es que simplemente el terapeuta inexperto sea incapaz de adelantar esos acontecimientos por falta de conocimientos. Por último, puede que la idea de motivar de esta manera sencillamente no sea algo que tiene en cuenta un terapeuta inexperto, más ocupado en controlar su propia expresión facial o postura corporal, o en dar toda la información que considera relevante. Además, parece que el terapeuta inexperto no adelanta tan a menudo la desaparición de estímulos presentes en el entorno; tal vez no se sienta con la confianza necesaria como para asegurar al cliente que ciertas cosas que están pasando ahora (por ejemplo, el problema objeto de la demanda del cliente) van a dejar de ocurrir por algo que él indique que debe hacerse. Por supuesto también podría verse como una forma de evitar algo que, para un terapeuta inexperto, podría parecer una “amenaza”: decirle al cliente que, si no hace algo que el terapeuta está recomendando, la mejoría no ocurrirá.

Otro factor en el que se distinguen claramente es en el uso de verbalizaciones motivadoras de cadena con un contexto discriminativo de tipo general; esto puede deberse a las mismas razones expuestas anteriormente, como una falta de confianza en la propia habilidad para predecir que lo que se está anticipando ocurrirá no solo en un contexto restringido, sino de una manera general. Por ejemplo, que tratar a las personas de una determinada manera habilidosa (con sonrisas, contacto ocular, amabilidad, etc.) tendrá una serie de beneficios no solo en el problema a tratar actualmente, sino en una amplia variedad de situaciones.

A pesar de todo lo dicho hasta ahora, sí es cierto que los terapeutas inexpertos utilizan más la verbalización motivadora coloquial que los expertos, aunque sea de una forma no significativa. Esto puede ser de nuevo producto de la falta de experiencia, que pueda inclinar a los terapeutas inexpertos hacia el uso de verbalizaciones inespecíficas de apoyo y ánimo que puedan considerar que les haga parecer cálidos y cercanos.

En cuanto al uso de las verbalizaciones motivadoras como acompañantes de instrucciones, la diferencia es aún más clara: los terapeutas inexpertos usan mucho menos las verbalizaciones motivadoras de cadena que los expertos como apoyo de las instrucciones. En este caso es aún más relevante utilizar como explicación para esta diferencia la falta de una historia de aprendizaje tal que permita que se hayan dado suficientes instancias de refuerzo de la verbalización motivadora de cadena de la manera que decíamos previamente que podía ser reforzada por verbalizaciones de aquiescencia y compromiso por parte del

cliente; parece que, con la experiencia clínica, la verbalización motivadora coloquial (inespecífica y muy de “a pie de calle”) desaparece como apoyo de la instrucción, dando paso a un uso más claro de la verbalización motivadora de cadena.

En resumen, podemos decir que la forma de motivar es uno de los factores en los que se diferencia la forma de trabajar de los terapeutas expertos e inexpertos; esto lo convierte, a nuestro parecer, en algo digno de atención a la hora de enseñar a psicólogos que quieran dedicarse al quehacer clínico a ser mejores en su trabajo. Su forma de motivar al cliente debería recibir una atención clara y explícita, con un fuerte énfasis en la anticipación de consecuencias en todo momento en el que quieran mejorar (duplicar, según los resultados) las posibilidades de que una instrucción sea seguida. La mejor forma de conseguir esto, indudablemente, es fomentar la práctica clínica guiada como forma de entrenamiento para los clínicos noveles (Bearman *et al.*, 2013).

6. ¿PUEDE LA VERBALIZACIÓN MOTIVADORA CONSIDERARSE UNA OPERACIÓN DE ESTABLECIMIENTO?

En la introducción del presente trabajo dedicamos bastante espacio a la presentación y discusión de la aportación de Michael al análisis aplicado de conducta, la operación de establecimiento (más tarde operación motivadora), así como a definir nuestra postura, coherente en cierto grado con esa teoría. Es conveniente, por lo tanto, volver la vista atrás y poner en relación lo obtenido en

este trabajo con el concepto de operación motivadora desde el que se partía teóricamente.

En primer lugar nos encontramos con la definición de operación motivadora como cambio en el ambiente; claramente, una verbalización puede considerarse un “cambio en el ambiente”, toda vez que supone una estimulación nueva para el cliente. En cuanto al efecto modificador del valor de los estímulos, resulta difícil de comprobar en un contexto clínico que es, por su propia naturaleza, ajeno a los controles experimentales. Aun así, es alentador encontrar que la verbalización motivadora está implicada de alguna manera en las instrucciones que son más seguidas, lo que nos lleva a suponer que efectivamente está modificando el valor de algunos consecuentes (haciéndolos menos aversivos, por ejemplo) y/o aumentando el poder evocador de los antecedentes (haciendo que los discriminativos sean más potentes).

Además, algunas verbalizaciones motivadoras serán efectivamente motivadoras en relación con una cadena concreta (algunas verbalizaciones de cadena) y otras lo serán de una amplia clase de respuestas (algunas de las de cadena y las coloquiales), flexibilidad que también es una propiedad de las operaciones motivadoras.

Sería complicado, aunque tal vez posible, clasificar las verbalizaciones motivadoras de la muestra de acuerdo con la taxonomía propuesta por Michael, entre otras cosas porque, mientras que la suya está basada en el efecto que tienen en la conducta, la aquí presentada es una taxonomía descriptiva. En cualquier caso, sería difícil imaginar cómo cualquier cosa mediada por el lenguaje podría

ser incondicionada, salvo que consideremos que se está exponiendo al cliente de forma encubierta a algún factor particularmente intenso de un estímulo que provoque una respuesta incondicionada; en nuestra opinión, el que el lenguaje sea el vehículo nos impediría considerar con propiedad que ninguna verbalización motivadora sea una operación motivadora incondicionada. Todas serían, por lo tanto, operaciones motivadoras condicionadas; dentro de esta clasificación, podemos considerar que, al usar palabras (estímulos condicionados) para hablar de otros estímulos condicionados que puedan tener un valor de refuerzo o castigo (palabras o estímulos viscerales, por ejemplo), podríamos hablar de la verbalización motivadora como una operación motivadora condicionada sustituta. También es concebible que una verbalización motivadora dote de valor reforzante o de castigo a algún estímulo que habitualmente fuera neutro en relación a una contingencia concreta, al expresar esta contingencia de una manera que permita al cliente acceder al reforzador si actúa de una forma concreta; por ejemplo, podría decirse a un cliente que conseguir un ascenso es deseable, convirtiendo así en apetitiva una clase de respuestas que previamente habían sido neutras (hablar con alguien que se lo pueda facilitar, comportarse de una manera determinada en el trabajo...). Esto nos permitiría considerar a la verbalización motivadora “cuando consigas un ascenso te sentirás muy bien” como próxima a una operación motivadora condicionada transitiva. Por último, no es fácilmente imaginable cómo podría una verbalización motivadora considerarse una operación motivadora condicionada refleja (esto es, aquellas que condicionan su propia desaparición

como algo apetitivo), salvo que el terapeuta la expresara con el objetivo claro que afectar negativamente al cliente y de evocar en él una respuesta concreta que pararía su emisión.

En cualquier caso, el que la verbalización motivadora entre o no en esas categorías –que, como se ha dicho anteriormente, están bastante en discusión- es hasta cierto punto secundario; es más, podrían entrar perfectamente en algunas y no en otras sin que eso impidiese que se las considerara operaciones motivadoras en el sentido que utiliza Michael.

Se diferencia de la operación motivadora de Michael principalmente en lo restrictivo de la definición; de hecho, la definición de Michael haría que todo el proceso terapéutico en general (y cada una de las verbalizaciones que el terapeuta emita en particular) se considerase una operación motivadora respecto a las conductas proterapéuticas (o antiterapéuticas, si se hace mal) del cliente que ocurren fuera de sesión. Por supuesto, como historia de aprendizaje que es, es correcto hasta cierto punto considerar toda la terapia como una variable disposicional (motivadora) que facilita que se den ciertas conductas en el contexto natural del cliente; sin embargo, quedarnos en ese análisis simplista nos llevaría a agrupar juntas todas las interacciones, verbales y no verbales, que ocurren en sesión, perdiendo detalle y, por lo tanto, potencia a la hora de explicar qué está favoreciendo –o dificultando- el cambio clínico. Por el contrario, la definición de la verbalización motivadora asegura que se distinguirá de las otras actividades que puede realizar el clínico en sesión (instruir, informar, reforzar...) siendo, en nuestra opinión, más precisa que el concepto de “operación

motivadora”. No obstante, y teniendo en cuenta todo lo antes expuesto, es nuestra opinión que podemos considerar a la verbalización motivadora como un tipo particular de operación motivadora cuyos efectos sobre la conducta son hipotéticos pero razonables, habida cuenta de los resultados

7. LIMITACIONES Y POSIBLES MEJORAS

Si bien en el presente trabajo se ha hecho un gran esfuerzo por seguir un método sólido que llevara a la obtención de unos resultados significativos y relevantes, hay algunos aspectos que podrían redundar en una mejora de los estudios realizados. A continuación exponemos algunas de las cosas que, a nuestro juicio, mejorarían este trabajo; sirvan, además, de explicitación de un firme propósito de incluirlas en futuros estudios.

7.1 *Consideraciones generales*

- Debido a la frecuencia comparativamente baja de la verbalización motivadora (agudizada por su división en sus distintos tipos) y para aumentar la representatividad de los resultados obtenidos, sería recomendable un aumento de la muestra. Esto probablemente llevaría a una caracterización mejor del patrón de emisión de los tipos de verbalización motivadora menos frecuentes (como las de cadena de contexto general, por ejemplo) y a una mejor comprensión de su papel y

su relación con las actividades clínicamente relevantes que se estén llevando a cabo.

- En una dirección similar, la muestra podría ampliarse no sólo en número, sino también en rango de edad de los clientes. Poblaciones de las que se dice a menudo que son más difíciles de “motivar” (como adolescentes con problemas de conducta antisocial, personas con trastornos de la conducta alimentaria o cualquier tipo de adicción grave) podrían arrojar un patrón de uso de verbalizaciones motivadoras diferente, tanto en cantidad como en tipo. También en poblaciones con problemas de adhesión al tratamiento (como es el caso de los problemas de tipo esquizofrénico y su seguimiento del tratamiento farmacológico prescrito) podría variar el tipo de verbalización motivadora, tal vez mostrando un mayor número de verbalizaciones motivadoras de cadena por omisión con retirada de un estímulo apetitivo (del tipo “si no te tomas las pastillas no te encontrarás mejor”).
- Incluir casos tratados desde perspectivas terapéuticas diferentes podría ser esclarecedor también: parece esperable que todos los terapeutas tengan el objetivo de “motivar” a sus clientes. Sin embargo, puede que tratamientos con un estilo menos directivo hagan un menor uso de verbalizaciones motivadoras de cadena (que explicitan una contingencia clara) y se decanten más por verbalizaciones motivadoras coloquiales. Igualmente, perspectivas con un supuesto énfasis en lo “positivo” podrían huir de la

anticipación de consecuentes aversivos en su especificación de contingencias.

- Sería interesante también comprobar hasta qué punto podemos establecer una relación entre la cantidad y tipo de uso de verbalizaciones motivadoras y el éxito terapéutico en el tratamiento en su totalidad. ¿Son más breves los tratamientos en los que el terapeuta motiva más? ¿Funcionan mejor? ¿Mantienen más sus resultados? Por supuesto, esta vía de nuevos estudios es una que sería interesante seguir no sólo en el estudio de la motivación en terapia desde el análisis momento a momento de la interacción, sino, en términos más generales, en todo lo que este análisis implica para toda nuestra línea de investigación.

7.2 *Estudio 1*

- La verbalización motivadora coloquial podría subdividirse en distintos tipos atendiendo a su contenido. Por otro lado, cabría preguntarse si la verbalización motivadora coloquial está siendo usada a menudo como un reforzador verbal más complejo que un simple “muy bien”. Por último, no podemos ignorar el hecho de que en ocasiones bien puede ocurrir que la explicitación de la contingencia se haya hecho a medias entre el terapeuta y el cliente, y que la motivadora coloquial sea una especie de colofón que, a pesar de no estar explicitando en sí misma una contingencia, sí está

marcando y resaltando su existencia. Un ejemplo hipotético podría ser el siguiente diálogo:

- Terapeuta: La respiración es una técnica que ayuda a la gente a mantener bajo control su activación, y es muy fácil.
- Cliente: A ver si es verdad, porque necesito controlar mi estado de ánimo urgentemente.
- Terapeuta: Ya verás cómo lo consigues.

Claramente esta última verbalización está haciendo referencia a que el cliente lo conseguirá por su uso de la técnica de la respiración profunda; y la contingencia, aunque no haya sido explicitada, está clara: si practicas la respiración, conseguirás controlar tu estado de ánimo. Es cierto que esto no tiene por qué ser cierto para todas las verbalizaciones motivadoras coloquiales, pero es el tipo de situación que quedaría clarificada con una subdivisión de esta verbalización cuyo papel, tras estos tres estudios, sigue sin quedar totalmente claro.

Aumentando la muestra sería posible ver claramente si los terapeutas inexpertos tienen un patrón de uso de la verbalización motivadora distinto al de los expertos en lo que respecta a los grupos de sesiones según actividad clínicamente relevante; los resultados mostrados toman en su conjunto a ambos grupos de terapeutas, sin distinguir entre ellos, por una simple cuestión de tamaño muestral.

7.3 *Estudio 2*

- Sería interesante recabar los datos de manera que permitieran llevar a cabo un análisis secuencial que distinguiera entre aquellos bloques motivadores que solo incluyen una verbalización motivadora y aquellos que incluyen además verbalizaciones acompañantes; combinado con un mayor detalle en lo que respecta a qué tipo de motivadora está incluida en cada bloque, podríamos saber si hay algún tipo de verbalización motivadora que requiera más a menudo que otra de verbalizaciones acompañantes para clarificar su contenido. Podría ocurrir, por ejemplo, que la verbalización motivadora coloquial rara vez se “arrope” con otras verbalizaciones en el bloque.
- En línea con lo anterior, sería interesante comprobar en qué situaciones es más posible que la verbalización motivadora se acompañe de otras verbalizaciones en el bloque, dado que eso sería una señal de que el terapeuta quiere poner mucha atención en la explicación y clarificación de algo. Por ejemplo, podría ocurrir que las verbalizaciones motivadoras que acompañan a instrucciones formen a menudo bloques con ellas, mientras que las otras verbalizaciones motivadoras estén más a menudo solas en su propio bloque.
- Un punto interesante del segundo estudio es lo a menudo que las verbalizaciones motivadoras son seguidas de verbalizaciones de acuerdo por parte del terapeuta. Dado que las verbalizaciones instructoras suelen acompañar a la motivadora, cabe preguntarse si las verbalizaciones

instructoras obtienen el mismo nivel de aquiescencia por parte del cliente estén o no acompañadas de verbalizaciones motivadoras. Dados los resultados del tercer estudio que enlazan la efectividad de las instrucciones con el uso de motivadoras, es esperable que estas aumenten la probabilidad de las verbalizaciones instructoras de ser seguidas de verbalizaciones de acuerdo por parte del cliente.

7.4 *Estudio 3*

- Para este estudio, aún más que para los demás, se hace importante aumentar la muestra. En este caso, estaríamos hablando de aumentar el número de instrucciones de las que se estudie si van o no acompañadas por motivadoras.
- Este aumento en el tamaño de la muestra permitiría un estudio detallado de las verbalizaciones motivadoras de cadena en todas sus características.

8. PERSPECTIVAS FUTURAS

El futuro de esta parte de la línea de investigación pasaría por seguir todas las posibilidades planteadas en este apartado, pero también podría explorar otros factores relacionados con la verbalización motivadora. Algunos ejemplos podrían ser los siguientes.

- Analizar cómo responde y se modifica el discurso del cliente a la emisión de motivadoras por parte del terapeuta.
- Explorar si el cliente, a medida que avanza el tratamiento, mejora en su competencia a la hora de anticipar las consecuencias de sus actos.
- Comprobar si el cliente comienza a emitir verbalizaciones motivadoras para sí mismo (esto es, a anticipar explícitamente las consecuencias de su conducta) según avanza el tratamiento, y lo que esto significa para el seguimiento de instrucciones y la adhesión al tratamiento en general.
- Estudiar cómo afecta la emisión de verbalizaciones motivadoras a la percepción del terapeuta (de su competencia, de su cercanía, etc.) por parte del cliente. ¿Se perciben como más competentes los terapeutas que emiten más verbalizaciones motivadoras? Si es así, ¿qué tipo de verbalizaciones motivadoras? ¿En qué contextos?
- Estudios de extrapolación de lo hallado en el contexto clínico a otros contextos, como el laboral o el educativo. Podría ser muy interesante ver si existe un efecto en el rendimiento laboral o académico, o incluso en otros factores a menudo estudiados en esos dos ámbitos, como la identificación del trabajador con su empresa o el deseo expresado por el estudiante de continuar sus estudios o dedicarse a profesiones que supongan una vida dedicada a formarse continuamente. Ambos entornos se beneficiarían clarísimamente de una sistematización de su aproximación a la motivación.

- Por último, resultaría inmensamente interesante aplicar este tipo de estudio de intercambio de verbalizaciones en contextos no reglados y no clínicos, esto es: en la interacción normal de a pie de calle. Como se ha mencionado anteriormente, parece que usamos con cierta frecuencia la anticipación de consecuencias cuando tratamos de dirigir a alguien en un sentido concreto, sea esta dirección o no un objetivo clínico explícito a lograr. Por ejemplo, el padre o madre que quieren que su hijo vuelva pronto a casa por la noche pueden prometerle que si lo hace podrá elegir la próxima película que verán; un miembro de una pareja puede pedir a otro que le acompañe a un evento al que el primero no quiere ir, ofreciéndole alguna contrapartida como una cita especial a cambio; un amigo enfadado podría decirle a otro que si sigue siendo desagradable con él no volverán a quedar... La lista es infinita, y aporta muchísimas posibilidades de estudiar cómo ejercemos control unos sobre otros cuando este control es deseado y explícito (por distinguirlo del control que ejercemos de forma automática todo el tiempo por el simple hecho de interactuar), y qué partes de ese control funcionan mejor que otras. Igualmente, el efecto sobre los estímulos que anteceden a la conducta es algo que manejamos en nuestro día a día a la hora de controlar nuestra conducta y la de los demás: una persona que está a dieta puede intentar aumentar el número de comidas (aunque reduzca el aporte calórico) de manera que ver comida o estar ante ella no tenga el mismo poder discriminativo que tendría de estar deprivada; los padres de un bebé

pueden impedir que duerma la siesta para asegurarse de que tendrá una noche de sueño larga; alguien que va al cine puede vaciar su vejiga antes de entrar a ver la película para minimizar las posibilidades de tener que salir de la sala durante la proyección... De nuevo, los ejemplos son infinitos. No podemos olvidar, por supuesto, el control ejercido por instancias supraindividuales: los códigos de comportamiento de las asociaciones, de los lugares de ocio o trabajo e incluso –y tal vez de forma aún más clara- los códigos civiles y penales son colecciones de verbalizaciones motivadoras (a menudo de cadena y anticipando consecuentes aversivos) inmensamente detalladas, aunque casi siempre se apliquen de forma no contingente y sean fáciles de evadir. Estudiar todas estas formas de interacción aplicando la tecnología y método diseñado aquí sería indudablemente interesante y fructífero.

9. CONCLUSIÓN GENERAL

Consideramos, habida cuenta de todo lo mostrado hasta ahora, que el presente trabajo en su totalidad y los estudios de los que está constituido suponen una contribución interesante al estudio del proceso de cambio terapéutico, añadiendo una aproximación que pretende ser sólida y bien fundamentada al estudio de un campo tradicionalmente mal definido y plagado de inconsistencias como es la motivación.

Las aportaciones que ofrece a la línea de investigación –aparte de unos interesantes resultados- son fundamentalmente dos: por un lado, ha permitido por primera vez devolver al análisis funcional las verbalizaciones anteriormente catalogadas como “verbalizaciones estado” (aquellas de las que se tomaba en cuenta la duración, que no eran puntuales), superando la limitación que imponían al análisis del discurso. Al añadir el concepto de bloque motivador –que es fácilmente extensible, con las debidas modificaciones, a un hipotético bloque instructor o incluso informativo- permite analizar las verbalizaciones en su conjunto atendiendo al efecto que pueden tener sobre la conducta y, además, ofreciendo una manera de explicar cómo lo tienen.

Por otro lado, supone un paso en la dirección de unir el estudio de procesos y el de resultados con metodología observacional, al poner en relación el uso de un tipo de verbalización y el cumplimiento de instrucciones. La manera en la que esa unión se ha llevado a cabo en este trabajo puede servir de punto de partida o inspiración para posteriores trabajos de la línea de investigación que exploren el uso que se puede dar a los sistemas de categorías creados por este grupo como herramienta para estudiar, también, los resultados obtenidos, superando en cierta medida la limitación del análisis descriptivo y completando así un verdadero análisis funcional, elaborado teniendo en cuenta el efecto sobre la conducta. Por supuesto eso implicaría un diseño de investigación diferente, pero este modesto paso dado aquí nos lleva a pensar que el estudio de procesos con nuestro método y nuestras herramientas no es sólo posible, sino que es el siguiente paso lógico.

Un valor añadido de este trabajo, por último, es su interés clínico. Desde un primer momento se ha buscado hacer y responder las preguntas que interesarían a un clínico acerca de la motivación en terapia, de cómo motivar y de qué efecto cabe esperar que tenga sobre la conducta de sus clientes. Se ha tratado de huir de análisis que podrían haber sido más sencillos y más vistosos, en favor de tratar de dar una relevancia clínica a los resultados que permitiera que, de alguna manera, supongan al menos un primer paso para poder, en algún momento, ofrecer a los clínicos una verdadera guía de actuación que les permitiera mejorar en su trabajo. Desde el principio, uno de los intereses de esta línea de investigación ha sido precisamente contribuir a cerrar la brecha entre la investigación y la clínica, a menudo ocasionada porque los problemas clínicos son difíciles de modelar en contextos experimentales, lo que lleva a diseños que resultan artificiales y por lo tanto a resultados que tienen un escaso interés para los clínicos. Modestamente consideramos que los resultados presentados aquí, su cercanía a la práctica terapéutica y cómo se ha tratado de explicar y ejemplificar siempre desde y hacia la clínica son una forma de crear conocimiento un relevante para los clínicos, pero que además es, qué duda cabe, sólido.

PARTE III:

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Abuhamdeh, S., Csikszentmihalyi, M., y Jalal, B. (2014). Enjoying the possibility of defeat: Outcome uncertainty, suspense, and intrinsic motivation. *Motivation and Emotion*, 1-10.
- Abrey, M., y Smallwood, J. J. (2014). The Effects of Unsatisfactory Working Conditions on Productivity in the Construction Industry. *Procedia Engineering*, 85, 3-9.
- Adler, A. (1955) *El sentido de la vida*. Barcelona: Miracle
- Alexandris, K., Tsorbatzoudis, C., y Grouios, G. (2002). Perceived constraints on recreational sport participation: investigating their relationship with intrinsic motivation, extrinsic motivation and amotivation. *Journal of Leisure Research*, 34(3), 233-252.
- Amabile, T. M. (1993). Motivational synergy: Toward new conceptualizations of intrinsic and extrinsic motivation in the workplace. *Human resource management review*, 3(3), 185-201.
- Andrews, H. B. (2000). The myth of the scientist-practitioner: A reply to R. King (1998) and N. King and Ollendick (1998). *Australian Psychologist*, 35, 60- 63.
- Aoyama, K., y McSweeney, F. K. (2001). Habituation may contribute to within-session decreases in responding under high-rate schedules of reinforcement. *Animal Learning & Behavior*, 29(1), 79-91.
- Aveyard, P., Massey, L., Parsons, A., Griffin, C. y Manaseki, S. (2009). The effect of transtheoretical model based interventions on smoking cessation. *Social Science & Medicine*, 68(3), 397-403.
- Ayllon, T. y Azrin, N. H. (1968a). Reinforcer sampling: A technique for increasing the behavior of mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 13-20.
- Ayllon, T. y Azrin, N. H. (1968b). *A motivating environment for therapy and rehabilitation*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Ayllon, J. S. y Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 323- 334.
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H. T. Reis y C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1994). *Analyzing interaction: sequential analysis with SDIS and GSEQ*. Melbourne: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., Quera, V., McArthur, D. y Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2, 257-370.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. y Siqueland, L. (2000). Alliance predicts clients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.

- Baron, A., y Galizio, M. (2006). Distinguishing between positive and negative reinforcement: Responses to Nakajima (2006) and Staats (2006). *The Behavior Analyst*, 29(2), 273-277.
- Bartunek, J. M. (2011). Evidence-Based Approaches in I–O Psychology Should Address Worse Grumbles. *Industrial and Organizational Psychology*, 4(1), 72-75.
- Baum, W. M. (2001). Establishing operations, yes, molecular analysis, no. *Journal of Organizational Behavior Management*, 21(2), 37-42.
- Bearman, S. K., Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Hoagwood, K., Ward, A., Ugueto, A. M. y Bernstein, A. (2013). More practice, less preach? The role of supervision processes and therapist characteristics in EBP implementation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(6), 518-529.
- Benson, S. G., y Dundis, S. P. (2003). Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *Journal of nursing management*, 11(5), 315-320.
- Berenguer, G. y Quintanilla, I. (1994). La imagen de la Psicología y los psicólogos en el estado español. *Papeles del Psicólogo*, 58, 41-68.
- Beutler, L. E. y Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic intervention*. Nueva York: Brunner/ Mazel.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist Variables. En M. J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5ª ed., pp. 227- 306). Nueva York: Wiley
- Bijou, S. W. y Baer, D. M. (1961). *Child development.vol.1.A systematic and empirical theory*. East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts.
- Bijou, S. W. y Baer, D. M. (1978). *Behavior analysis of child development*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Blakely, E. y Schlinger, H. (1987). Rules: Function-altering contingency-specifying stimuli. *Behavior Analyst*, 10(2), 183-187.
- Blatt, S. J., Zuroff, D.C., Hawley, L. L. y Auerbach, J., S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy research*, 20 (1), 37-54.
- Blume, A. W., Schmalting, K. B. y Marlatt, G. A. (2006). Recent drinking consequences, motivation to change, and changes in alcohol consumption over a three month period. *Addictive Behaviors*, 31(2), 331-338.
- Bower, G. y Kaufman, R. (1963). Transfer across drives of the discriminative effect of a pavlovian conditioned stimulus. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6(3), 445-448.
- Bridle, C., Riemsma, R. P., Pattenden, J., Mather, L., Walker, A., Watt, I. S. et al. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology & Health*, 20(3), 283-301.
- Brock, T.C., Green, M.C., Reich, D.A. y Evans, L.M. (1996). The Consumer Reports Study of psychotherapy: Invalid is invalid. *American Psychologist*, 51, 1083.

- Brunink, S. A. y Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behaviour of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behaviour therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(3), 567- 574.
- Callaghan, G. M. (1998). Development of a coding system for functional analytical psychotherapy for the analysis of the components effecting clinical change. *Dissertation Abstracts International*, 59(09), 5073B. (UMI No. 9907753)
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321- 339.
- Canfield, M. L., Walker, W. R. y Brown, L. G. (1991). Contingency interaction Analysis in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 58- 66.
- Carey, T. A. (2005). Can Patients Specify Treatment Parameters? A Preliminary Investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 326- 335.
- Carpi, A., Gómez, C., Díez, J. L., Guerrero, C. y Cantero, F. P. (2005). Motivación y biología: desarrollos teóricos. *REME*, 8(20), 6.
- Carrasco, T. J. (2008). *Operaciones motivadoras*. Material no publicado del Máster en Psicología Clínica de ABA España.
- Carrasco, T. J., Virués, J., Adame, M. L. y Torres, G. (2008, septiembre). *Motivating operations: A critical analysis*. Conferencia presentada en la Fourth Conference of the European Association for Behaviour Analysis, Madrid.
- Carter, M. y Driscoll, C. (2007). A conceptual examination of setting events. *Educational Psychology*, 27(5), 655-673.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., y Grosse, M. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Goldfried, M. R. y DeRubeis, R. J. (1995). The focus of therapist interventions in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 19(5), 485- 503.
- Coe, W. C. (1992). Expectativas, hipnosis y sugestión en el cambio. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de métodos* (2ª Edición, pp. 519-574). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1975).
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cook, T. B., Brenner, L. A., Cloninger, C. R., Langenberg, P., Igbide, A., Giegling, I., y Postolache, T. T. (2015). “Latent” infection with *Toxoplasma gondii*: Association with trait aggression and impulsivity in healthy adults. *Journal of psychiatric research*, 60, 87-94.
- Cordova, D. I., y Lepper, M. R. (1996). Intrinsic motivation and the process of learning: Beneficial effects of contextualization, personalization, and choice. *Journal of educational psychology*, 88(4), 715.

- Cormier, W. H., y Cormier, L. S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1991).
- Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24, 189- 193.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). Intrinsic motivation and effective teaching. *Applications of Flow in Human Development and Education* (pp. 173-187). Springer Netherlands.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., y Warshaw, P. R. (1992). Extrinsic and intrinsic motivation to use computers in the workplace. *Journal of applied social psychology*, 22(14), 1111-1132.
- Deci, E. L., Koestner, R., y Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological bulletin*, 125(6), 627.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182.
- de Pascual, R., Linares, F. y Froján, M.X. (2012). *Estudio de la relación entre las verbalizaciones del cliente y la emisión de verbalizaciones motivadoras por parte del terapeuta en contextos clínicos*. Comunicación oral presentada en el congreso de la AEPC 2012, Santander.
- DeMarse, T. B., Killeen, P. R., y Baker, D. (1999). Satiation, capacity, and within-session responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 72(3), 407-423.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M. y Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 25-35.
- Dougher, M. J. y Hackbert, L. (2000). Establishing operations, cognition, and emotion. *Behavior Analyst*, 23(1), 11-24.
- Durante, K. M., Griskevicius, V., Hill, S. E., Perilloux, C., y Li, N. P. (2011). Ovulation, female competition, and product choice: Hormonal influences on consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 37(6), 921-934.
- Elliot, R., Barker, C. B., Caskey, N. y Pistang, N. (1982). Differential helpfulness of counsellor response modes. *Journal of Counseling Psychology*, 29(4), 354- 361.
- Estes, W. K. (1943). Discriminative conditioning. I. A discriminative property of conditioned anticipation. *Journal of Experimental Psychology*, 32(2), 150-155.
- Estes, W. K. (1948). Discriminative conditioning. II. Effects of a pavlovian conditioned stimulus upon a subsequently established operant response. *Journal of Experimental Psychology*, 38(2), 173-177.

- Estes, W. K. (1949a). Generalization of secondary reinforcement from the primary drive. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 42(4), 286-295.
- Estes, W. K. (1949b). A study of motivating conditions necessary for secondary reinforcement. *Journal of Experimental Psychology*, 39(3), 306-310.
- Ferrer-Caja, E., y Weiss, M. R. (2000). Predictors of intrinsic motivation among adolescent students in physical education. *Research quarterly for exercise and sport*, 71(3), 267-279.
- Finch, G. (1938). Hunger as a determinant of conditional and unconditional salivary response magnitude. *American Journal of Physiology*, 123, 379-382.
- Finley, J. R., y Staats, A. W. (1967). Evaluative meaning words as reinforcing stimuli. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 6(2), 193-197.
- Flegr, J., Zitková, Š., Kodým, P., y Frynta, D. (1996). Induction of changes in human behaviour by the parasitic protozoan *Toxoplasma gondii*. *Parasitology*, 113(01), 49-54.
- Foa, E. B. y Goldstein, A. (1980). *Handbook of behavioural interventions: A clinical guide*. Nueva York: Wiley.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior therapy*, 27, 623-641.
- Freitas, F. A., y Leonard, L. J. (2011). Maslow's hierarchy of needs and student academic success. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(1), 9-13.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre la sexualidad. *Obras completas*, 1.
- Freud, S. (1933) *New Introductory Lectures in Psychoanalysis*. Nueva York: Norton.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. *Obras completas*, 23, 211-278.
- Freud, S. (1976). Más allá del principio del placer [1920]. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Froján, M.X., Alpañés, M., Calero, A., Vargas, I. (2010). A behavioral conceptualization of motivation in the therapeutic process. *Psicothema*, 22, 556-561.
- Froján, M.X., de Pascual, R., Moreno, D. y Ruiz, E. (2013). *La relación terapéutica desde el punto de vista conductista*. Comunicación oral en el segundo congreso SAVECC de Análisis Funcional de la Conducta. Madrid.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., y Calero-Elvira, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18 , 797-803.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., y Calero-Elvira, A. (2010). Verbal behavior analysis: A descriptive approach to psychotherapeutic phenomenon. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 914-926.
- Froján, M.X., Calero, A., Montaña, M. y Ruiz, E.M. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente

- durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85. doi: 10.5093/cl2011v22n1a5
- Froján, M. X., Galván, N., Izquierdo, I., Ruiz, E. y Marchena, C. (2013). "Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: un estudio de caso". *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 39, nº 159-160, págs 25-38.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A., García-Soler, A., Garzón-Fernández, A., y Ruiz-Sancho, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.
- Froján, M. X. y Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gagné, M., y Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, 26(4), 331-362.
- Galván-Domínguez, N., Beggio, G., Pardo-Cebrián, R., Segovia-Arroyo, A., Froján-Parga, M.X. (2014) Verbal punishment in behavioural therapy. What does the therapist punish? *The European Procedia of Social & Behavioural Sciences EpSBS*, Volumen I (87-97). Publicado por Future Academy. (eISSN: 2301-2811)
- Gardner, B., y Lally, P. (2013). Does intrinsic motivation strengthen physical activity habit? Modeling relationships between self-determination, past behaviour, and habit strength. *Journal of behavioral medicine*, 36(5), 488-497.
- Gavino, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. (2ª Edición). Madrid: Pirámide.
- Gaynor, S. T. y Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual Analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 79- 101.
- Glenn, S. S. (1983). Maladaptive Functional Relations in Client Verbal Behavior. *The Behavior Analyst*, 6, 47- 56.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F. y Shapiro, D. A. (1997). A Comparative Analysis of the Therapeutic Focus in Cognitive- Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 740- 748.
- Goldfried, M. R. y Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J. y Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: a comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 803- 810.
- Goldstein, A. P. (1992). Métodos para mejorar la relación. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de métodos*. (2ª Edición, pp. 31-76). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1975).

- Gordon, K. M. y Toukmanian, S. G. (2002). Is how it is said important? The association between quality of therapist interventions and client processing. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 88- 98.
- Gottfried, A. E. (1985). Academic intrinsic motivation in elementary and junior high school students. *Journal of Educational Psychology*, 77(6), 631.
- Grencavage, L.M. y Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Hagger, M. S., y Chatzisarantis, N. L. (2007). *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*. Human Kinetics.
- Hall, S., Weinman, J., y Marteau, T. M. (2004). The motivating impact of informing women smokers of a link between smoking and cervical cancer: The role of coherence. *Health Psychology*, 23(4), 419-424.
- Harms, J. Y., y Staats, A. W. (1978). Food deprivation and conditioned reinforcing value of food words: Interaction of pavlovian and instrumental conditioning. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 12(4), 294-294.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory. A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bisset, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy Technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35- 54.
- Heather, N. (2005). Motivational interviewing: Is it all our clients need? *Addiction Research y Theory*, 13(1), 1-18.
- Hellman, I. D., Morrison, T. L. y Abramowitz, S. I. (1987). Therapist experience and the stresses of psychotherapeutic work. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(2), 171-177.
- Henwood, B. F., Derejko, K. S., Couture, J., y Padgett, D. K. (2014). Maslow and Mental Health Recovery: A Comparative Study of Homeless Programs for Adults with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-9.
- Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C. E. (1986). An overview of the Hill Counselor and Client Verbal Response Modes Category Systems. En L. S. Greenberg y W. S. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 131-160). Nueva York: Guildford Press.
- Hill, C. E. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and the Therapeutic Relationship: Inextricably Intertwined in the Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431- 442.
- Hill, C. E., Charles, D. y Reed, K. G. (1981). A longitudinal analysis of changes in counselling skills during doctoral training in counselling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 428- 436.
- Hill, C. E., Corbett, M. M., Kanitz, B., Rios, P., Lightsey, R. y Gomez, M. (1992). Client behaviour in counseling and therapy sessions:

- Development of a pantheoretical measure. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 359- 549.
- Hill, C. E., Greenwald, C., Reed, K. G., Charles, D., O'Farrell, M. K. y Carter, J. A. (1981). *Manual for Counselor and Client Verbal Response Category Systems*. Columbus, OH, U.S.: Marathon Consulting and Press.
- Hollon, S.D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medication. *American Psychologist*, 51, 1025-1030.
- Horvath, A. O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy*, 38(4), 365-372.
- Horvath, A. O. (2009). How real is the "real relationship"? *Psychotherapy Research*, 19(3), 273-277.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139- 149.
- Howell, J. M. y Highlen, P. S. (1981). Effects of client affective self-disclosure and counselor experience on counsellor verbal behaviour and perceptions. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 386- 398.
- Hull, C.L. (1943). *Principles of Behavior: An Introduction to Behavior Theory*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Hull, E. y Porter, JR. (1943). The development and evaluation of a measure of counselling interview procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 3, 105-125.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., y Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of applied behavior analysis*, 27(2), 197-209.
- Iwata, B. A., Smith, R. G. y Michael, J. (2000). Current research on the influence of establishing operations on behavior in applied settings. *Journal of Applied Behavior Analysis. Special Issue: Establishing Operations in Applied Behavior Analysis*, 33(4), 411-418.
- Jackson, J. C., Santoro, M. J., Ely, T. M., Boehm, L., Kiehl, A. L., Anderson, L. S., y Ely, E. (2014). Improving patient care through the prism of psychology: Application of Maslow's hierarchy to sedation, delirium, and early mobility in the intensive care unit. *Journal of critical care*, 29(3), 438-444.
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? *American Psychologist*, 51, 1031-1039.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. Nueva York: Holt.
- Ju, W. C., y Hayes, S. C. (2008). Verbal establishing stimuli: Testing the motivative effect of stimuli in a derived relation with consequences. *Psychological Record*, 58(3), 339-363.
- Jung, C.G. (1995) *Energía psíquica y esencia del sueño*. Buenos Aires: Paidós
- Kanfer, F. H. (1992). Métodos de autogestión. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de*

- métodos* (2ª Edición, pp. 411-476). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1975).
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E. y Holman, G. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463- 467.
- Kantor, J. R. (1970). An analysis of the experimental analysis of behavior (TEAB). *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 13(1), 101-101
- Karpiak, C. P. y Benjamin, L. S. (2004). Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: two sequential analytic studies. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 659-676.
- Keller, F. S. y Schoenfeld, W. N. (1950). *Principles of Psychology. A systematic text in the science of behavior*. East Norwalk, CT, US: Appleton Century Crofts.
- Keller, F. S., y Schoenfeld, W. N. (1975). *Fundamentos de psicología*. Barcelona: Fontanella.
- Killeen, P. (2008). The law of affect. *Invited Address at the Fourth Conference of the European Association for Behaviour Analysis, Madrid*.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. y Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213- 229.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). Functional Analytic Psychotherapy. A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, DC, U.S.: APA.
- Kornelsen, J., y Grzybowski, S. (2005). Safety and community: the maternity care needs of rural parturient women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, 27(6), 554-561.
- Krasner, L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. En H. H. Strupp y L. Luborsky (Eds.), *Research in psychotherapy*. (Vol. 2, pp. 61-94). Washington, D. C: American Psychological Association.
- Kuo, Z.Y. (1921). Giving up instincts in psychology. *Journal of Philosophy*, 17, 645-664.
- Kuo, Z.Y. (1922). How are instincts acquired. *Psychological Review*, 29, 244-265.
- Kusurkar, R., y ten Cate, O. (2013). AM Last Page: Education Is Not Filling a Bucket, but Lighting a Fire: Self-Determination Theory and Motivation in Medical Students. *Academic Medicine*, 88(6), 904.

- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94- 129). Nueva York: Basic Books.
- Lambert, M. J. y Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J. y Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: Some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 407-414.
- Lebow, J., Nelly, J., Knobloch-Fedders, L. M. y Moos, R. (2006). Relationship factors in treating substance use disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 293-317). Oxford: University Press.
- Lennard, H. L. y Bernstein, A. (1960). *The anatomy of psychotherapy: Systems of communication and expectation*. Nueva York: Columbia University Press.
- Leudar, I., Sharrock, W., Truckle, S., Colombino, T., Hayes, J. y Booth, K. (2009). Conversation of emotions: On turning play into psychoanalytic psychotherapy. En A. Perakyla, C. Antaki, S. Vehvilainen y I. Leudar (Eds.), *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge University Press.
- Levensky, E. R. (2003). Motivational interviewing. En W. O'Donohue, J. E. Fisher y S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy* (pp. 252-260). New Jersey: John Wiley y Sons.
- Lichtenberg, J. D. (2013). *Psychoanalysis and motivation*. Routledge.
- Ling, V. J., Lester, D., Mortensen, P. B., Langenberg, P. W., y Postolache, T. T. (2011). *Toxoplasma gondii* seropositivity and suicide rates in women. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(7), 440.
- Littell, J. H. y Girvin, H. (2002). Stages of change. A critique. *Behavior Modification*, 26, 223-273.
- Lonborg, S. D., Daniels, J. A., Hammond, S. G., Houghton-Wenger, B. y Brace, L. J. (1991). Counselor and client verbal response mode changes during initial counselling sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4), 394- 400.
- Lorenz, K. Z. 1950. The comparative method in studying innate behaviour patterns. *Symposium of the Society of Experimental Biology* 4 (Physiological Mechanisms in Animal Behaviour):221-268.

- Lovibond, P. F. (1983). Facilitation of instrumental behavior by a pavlovian appetitive conditioned stimulus. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 9(3), 225-247.
- Luborsky, L., McCellan, A. T., Diguier, L., Woody, G. y Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapist and seven patient samples. *Clinical psychology: Science and Practice*, 4, 53-65.
- Malott, R. W. (2001). The EO in OBM. *Journal of Organizational Behavior Management*, 21(2), 57-57.
- Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira, A., y Galván-Domínguez, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, 24(2), 55-65.
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic Alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438- 450.
- Martin, G. y Pear, J. (1998). *Modificación de conducta qué es y cómo aplicarla* (5ª ed.). Madrid: Prentice-Hall (Orig. 1996).
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Maslow, A. (1954). *Desarrollo Socioemocional. Motivación Y Personalidad*. México: Trillas.
- McCrary, B. S. y Nathan, P. E. (2006). Treatment factors in treating substance use disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 319-340). Oxford: University Press.
- McDevitt, M. A. y Fantino, E. (1993). Establishing operations and the discriminative stimulus. *Behavior Analyst*, 16(2), 225-227.
- McDougall, W. (1908/1950). *An Introduction to Social Psychology*. 30ª edición. Londres: Methuen
- McGill, P. (1999). Establishing operations: Implications for the assessment, treatment, and prevention of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(3), 393-418.
- McSweeney, F. K. (2004). Dynamic changes in reinforcer effectiveness: Satiation and habituation have different implications for theory and practice. *Behavior Analyst*, 27(2), 177-188.
- Medalia, A., y Richardson, R. (2005). What predicts a good response to cognitive remediation interventions? *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 942-953
- Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1987).
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37(1), 149-155.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *Behavior Analyst*, 16(2), 191-206.

- Michael, J. (2000). Implications and refinements of the establishing operation concept. *Journal of Applied Behavior Analysis. Special Issue: Establishing Operations in Applied Behavior Analysis*, 33(4), 401-410.
- Milheim, K. L. (2012). Toward a better experience: Examining student needs in the online classroom through Maslow's hierarchy of needs model. *MERLOT JOURNAL of Online Learning and Teaching*, 8(2).
- Millenson, J. R. (1967) *Principles of behavioral analysis*. Nueva York: Macmillan.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford Press.
- Mintz, J., Drake, R.E. y Crits-Christoph, R. (1996). Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science. *American Psychologist*, 51, 1084-1085.
- Morse, W. H. y Skinner, B. F. (1958). Some factors involved in the stimulus control of operant behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 103-107.
- Newman, C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 47-69.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4.
- Olson, R., Laraway, S. y Austin, S. (2001). Unconditioned and conditioned establishing operations in organizational behavior management. *Journal of Organizational Behavior Management*, 21(2), 7-7.
- O'Reilly, M. F. (1995). Functional analysis and treatment of escape-maintained aggression correlated with sleep deprivation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28(2), 225-225.
- Orlinsky, D., Ronnestead, M. H., Ambühl, H., Willutzki, U., Botersman, J., Cierpka, M., John, D. y Davis, M. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 203-215.
- Palisy, A. T. y Ruzicka, M. F. (1974). Practicum Students' Verbal Responses to Different Clients. *Journal of Counseling Psychology*, 21(2), 87-91.
- Pear, J. J. (2001). *The science of learning*. Philadelphia: Psychology Press.
- Pelletier, L. G., Fortier, M. S., Vallerand, R. J., Tuson, K. M., Briere, N. M., y Blais, M. R. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 35-35.
- Pérez, M. (1996a). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M. (1996b). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.

- Pettijohn, T. F. (1996). Perceived happiness of college students measured by Maslow's hierarchy of needs. *Psychological reports*, 79(3), 759-762.
- Piñar, M. J., Caro, I. y Coscollá, A. (2001). Modos de respuesta verbal: describiendo el habla de pacientes y terapeutas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(2), 237- 257.
- Poling, A. (2001). Comments regarding Olson, Laraway and Austin (2001). *Journal of Organizational Behavior Management*, 21(2), 47-56.
- Powell, D. A. (1987). Cognitive and affective components of reinforcement. *American Psychologist*, 42(4), 409-409.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., y DiClemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, 19(2), 10.
- Prochaska, J. M., y Prochaska, J. O. (2014). A Stage Approach to Enhancing Adherence to Treatment. *The Handbook of Behavioral Medicine*, 58-75.
- Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Ramo, D. E., Delucchi, K. L., Liu, H., Hall, S. M., y Prochaska, J. J. (2014). Young adults who smoke cigarettes and marijuana: analysis of thoughts and behaviors. *Addictive behaviors*, 39(1), 77-84.
- Ranieri, D. J. (1984). Motivating institutionalized adolescents for psychotherapy. *Adolescence*, 19(76), 925-933.
- Raffini, J. P. (1993). *Winners without Losers: Structures and Strategies for Increasing Student Motivation To Learn*. Allyn & Bacon, 160 Gould Street, Needham Heights, MA 02194.
- Riemsma, R. P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A., Mather, L., Watt, I. S. y Walker, A. (2003). Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ: British Medical Journal*, 326(7400), 1175-1177.
- Roantree, C. F. y Kennedy, C. H. (2006). A paradoxical effect of pre-session attention on stereotypy: Antecedent attention as an establishing, not an abolishing, operation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(3), 381-384.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95- 103.
- Rollnick, S., Mason, P. y Butler, C. (2000). *Health behaviour change: A guide for practitioners*. Edinburgh, Scotland: Churchill/Livingstone.
- Rollnick, S. y Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334.

- Rosen, G.M. y Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341-354.
- Rotgers, F. (2004). Motivational interviewing. In A. Freeman (Ed.), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 253-256). Nueva York: Springer.
- Ruiz, M. A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Ruiz, M. A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M. A. Vallejo Pareja (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (pp. 83-131). Madrid: Dykinson.
- Ruiz, E. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Ruiz, E., Froján, M.X. y Galván, N. (en prensa). Patrones de interacción verbal en el contexto clínico. *Psicothema*.
- Russell, R. L. y Stiles, W. B. (1979). Categories for classifying language in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 86(2), 404- 419.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Ryle, G. (2005). *El concepto de lo mental*. Editorial Paidós.
- Sacks, H., Schegloff, E. A. y Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696- 735.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (Eds.). (1995). The therapeutic Alliance. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 1(1).
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and integration. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 56(2), 233- 243..
- Salichs, M. A., y Malfaz, M. (2012). A new approach to modeling emotions and their use on a decision-making system for artificial agents. *Affective Computing, IEEE Transactions on*, 3(1), 56-68.
- Santibañez, P. M., Román, M. F., Lucero, C., Espinoza, A. E., Iribarra, D. E. y Müller, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89- 98.
- Schlinger, H. D. (1993). Separating discriminative and function-altering effects of verbal stimuli. *Behavior Analyst*, 16(1), 9-23.
- Schlinger, H., y Blakely, E. (1987). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *Behavior Analyst*, 10(1), 41-45.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Skaalvik, E. M., y Skaalvik, S. (2013). School goal structure: associations with students' perceptions of their teachers as emotionally supportive,

- academic self-concept, intrinsic motivation, effort, and help seeking behavior. *International Journal of Educational Research*, 61, 5-14.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: The Free Press.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1986). What is wrong with daily life in the western world? *American Psychologist*, 41(5), 568-568.
- Smith, R. G., y Iwata, B. A. (1997). Antecedent influences on behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30(2), 343-343.
- Staats, A. W. (1979). *Conductismo social*. México: El Manual Moderno (Orig. 1975).
- Staats, A. W. (1988). Skinner's theory and the emotion-behavior relationship: Incipient change with major implications. *American Psychologist*, 43(9), 747-748.
- Staats, A. W. (1997). *Conducta y personalidad: conductismo psicológico*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1996).
- Staats, A. W., y Eifert, G. H. (1990). The paradigmatic behaviorism theory of emotions: Basis for unification. *Clinical Psychology Review*, 10(5), 539-566.
- Staats, A. W., y Hammond, O. W. (1972). Natural words as physiological conditioned stimuli: Food-word elicited salivation and deprivation effects. *Journal of Experimental Psychology*, 96(1), 206-208.
- Staats, A. W., Minke, K. A., Martin, C. H., e Higa, W. R. (1972). Deprivation-satiation and strength of attitude conditioning: A test of attitude-reinforcer-discriminative theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(2), 178-185.
- Staats, A. W., y Warren, D. R. (1974). Motivation and the three-function learning: Food deprivation and approach-avoidance to food words. *Journal of Experimental Psychology*, 103(6), 1191-1199.
- Stiles, W. B. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry*, 42, 49- 62.
- Stiles, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. En R. L. Russell (Ed.), *Language in psychotherapy: Strategies of discovery* (pp. 131-170). Nueva York: Plenum Press.
- Stiles, W. B. (1993). Los modos de respuesta verbal en la investigación del proceso de la psicoterapia. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos*, (pp.239- 264). Valencia: Promolibro.
- Stiles, W. B. y Shapiro, D. A. (1995). Verbal Exchange Structure of a Brief Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 15- 27.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. y Firth-Cozens, J. A. (1988). Verbal response mode use in contrasting psychotherapies: A within-subjects comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 727- 733.

- Strong, S. R., Wambach, C. A., Lopez, F. G. y Cooper, R. K. (1979). Motivational and equipping functions of interpretation in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 26(2), 98-107.
- Stum, D. L. (2001). Maslow revisited: Building the employee commitment pyramid. *Strategy & Leadership*, 29(4), 4-9.
- Sundberg, M. L. (1993). The application of establishing operations. *Behavior Analyst*, 16(2), 211-214.
- Sundberg, M. L. (2013). Thirty Points About Motivation From Skinner's Book Verbal Behavior. *The Analysis of verbal behavior*, 29(1), 13.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96(1), 175-186.
- Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behaviour therapy. *Clinical Psychology Review*, 4, 253- 272.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and Dissemination of Empirically-Validated Psychological Treatments: Report and Recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Terraz, O., Roten, Y., Crettaz de Roten, F., Drapeau, M. y Despland, JN.(2004). Sequential therapist interventions and the therapeutic Alliance: a pilot study. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 155(3), 111-117.
- Thomas, K. W. (2000). *Intrinsic motivation at work: Building energy & commitment*. Berrett-Koehler Publishers.
- Tinbergen, N. (1951). *The Study of Instinct*. Nueva York: Oxford University Press.
- Tischler, L. (1999). The growing interest in spirituality in business: A long-term socio-economic explanation. *Journal of Organizational Change Management*, 12(4), 273-280.
- Tolman, E.C. (1923). The nature of instinct. *Psychological Bulletin*, 20, 200-218.
- Tonneau, F. (1993). Stimulus correlations in complex operant settings. *Behavioral and Brain Sciences*, 16(02), 393-394.
- Tonneau, F. (2000). Strength, limits, and resistance to change of operant theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(01), 113-114.
- Tonneau, F. (2001). Equivalence relations: A reply. *European Journal of Behavior Analysis*, 2(1), 1-33.
- Tonneau, F. (2004). Verbal understanding and Pavlovian processes. *The Behavior Analyst Today*, 5(2), 158.
- Trijsburg, R., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., Klouwer, E., Den Hollander, A. M. y Duivenvoorden, H. J. (2002). Development of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12, 287- 317.
- Trijsburg, R., Lietaer, G., Colijn, S., Abrhamse, R. M., Joosten, S. y Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct validity of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale. *Psychotherapy Research*, 14(3), 346- 366.

- Truax, C.B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian Psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- Valdés, N., Dagnino, P., Krause, M., Perez, J. C., Altimir, C., Tomicic, A. y de la Parra, G. (2010). Analysis of verbalized emotions in the psychotherapeutic dialogue during change episodes. *Psychotherapy Research*, 20(2), 136- 150.
- Van Yperen, N. W., y Hagedoorn, M. (2003). Do high job demands increase intrinsic motivation or fatigue or both? The role of job control and job social support. *Academy of Management Journal*, 46(3), 339-348.
- Virués-Ortega, J., Montaña-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X., y Calero-Elvira, A. (2011). Descriptive analysis of the verbal behavior of a therapist: A known-group validity analysis of the behavioral functions involved in clinical interaction. *Behavior Therapy*, 42, 547-559 .
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179- 191.
- Wahba, M. A., y Bridwell, L. G. (1976). Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. *Organizational behavior and human performance*, 15(2), 212-240.
- Wampold, B. E. (2013). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings* (Vol. 9). Routledge.
- Wampold, B.E., y Budge, S.L. (2012). The Relationship – and its Relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*. 40, 601-623.
- Wampold, B.E., Budge, S.L., Laska, K.M., Del Re, A.C., Baardseth, T.P., Flückiger, C., Minami, T., Kivlighan, D.M., y Gunn, W. (2011). Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*. 31, 1304-1312.
- Watson, J.B. (1914). *Behavior, an Introduction to Comparative Psychology*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Webster, J. P., Kaushik, M., Bristow, G. C., y McConkey, G. A. (2013). *Toxoplasma gondii* infection, from predation to schizophrenia: can animal behaviour help us understand human behaviour? *The Journal of experimental biology*, 216(1), 99-112.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*, 100(8), 1036-1039.
- Whitelaw, S., Baldwin, S., Bunton, R. y Flynn, D. (2000). The status of evidence and outcomes in stages of change research. *Health Education Research*, 15(6), 707-718.
- Wilson, G. T. y Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behaviour therapy. En A. S. Gurman y A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 544-565). Nueva York: Pergamon.
- Wilson, G. T., Hannon, A. E. y Evans, I. M. (1968). Behavior therapy and the therapist-patient relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 103- 109.

- Wilson, G. T. y Schlam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 361-378.
- Winefield, H. R., Bassett, D. L, Chandler, M. A. y Proske, I. (1987). Process in Psychotherapy as Decreasing Asymmetry between Patient and Therapist: Evidence from the Verbal Interaction. *American Journal of Psychotherapy*, 41(1), 117- 126.
- Wiser, S. y Goldfried, M (1996). Verbal interventions on significant Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive- Behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research*, 6(4), 309- 319.
- Wolfe, B. E. y Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from a NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448- 451.
- Zuleta, E. (1987). *Psicoanálisis y criminología*. Medellín: Hombre Nuevo Editores y Fundación Estanislao Zuleta, Cali, Colombia.

ANEXOS

ANEXO A

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA INTERACCIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL EN TERAPIA (SISC- INTER- CVT)

**SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA INTERACCIÓN DE LA
CONDUCTA VERBAL EN TERAPIA (SISC- INTER- CVT)**

Índice de contenidos

**I. Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta
(SISC-CVT)**

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS	1
2. COMENTARIOS GENERALES.....	3
2.1. Conducta a categorizar	3
2.2. Criterios generales de categorización	4
2.3. Tipos de categorías	7
2.4. Registro de las categorías estado y las categorías evento	7
2.5 ¿Qué son los modificadores?.	8
3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN... ..	9
3.1. Función discriminativa	9
3.2. Función evocadora.....	39
3.3. Función de refuerzo	42
3.4. Función de castigo	58
3.5. Función informativa	71
3.6. Función motivadora.....	80
3.7. Función instructora.....	88
3.8. Otras	94
3.9. Un caso especial: cuando es el cliente el que adopta un papel más directivo en la interacción.....	101

III. Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente (SISC-CVC)

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS	104
2. COMENTARIOS GENERALES.....	107
2.1 Conducta categorizar.....	107
2.2 Criterios generales de categorización	108
2.3 Tipos de categorías	110
3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN	110
3.1 Proporcionar información.....	110
3.2 Solicitar información.....	111
3.3 Mostrar Aceptación.....	112
3.4 Mostrar Desacuerdo	115
3.5 Mostrar Aceptación/ Desacuerdo vs. Proporcionar Información	116
3.6 Malestar	130
3.7 Fracaso vs. Malestar.....	135
3.8 Fracaso	135
3.9 Logro	137
3.10 Bienestar	140
3.11 Bienestar vs. Logro	145
3.12 Seguimiento de Instrucciones	145
3.13 No seguimiento de Instrucciones	156
3.14 Verbalización de reacciones emocionales.....	157
3.15 Otras... ..	158

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

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORIAS INCLUIDAS

A continuación se presenta una breve definición de las categorías supraordenadas que se incluyen en el SISC-CVT así como un listado de las variantes de las mismas.

Función discriminativa. (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o de castigo.

▪ **Modificadores:**

- Sin indicar la dirección deseada de la respuesta
- Indicando la dirección deseada de la respuesta
- Discriminativa conversacional
- Discriminativa fallida

Función evocadora. (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar.

Función de refuerzo. (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente.

- Modificadores:
 - Refuerzo conversacional
 - Bajo
 - Medio
 - Alto

Función de castigo. (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación.

- Modificadores:
 - Bajo
 - Medio
 - Alto

Función informativa. (*Categoría estado*) Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.

Función instructora. (*Categoría estado*) Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera o dentro del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer.

Función motivadora. (*Categoría estado*) Verbalizaciones del terapeuta que explicitan las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico.

Otras. (*Categoría evento*) Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

2. COMENTARIOS GENERALES

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Se lo dijiste a tu hermano?”* (Función discriminativa sin indicar)
- *Cliente: “¿Que si se lo dije a mi hermano?”*
- *Psicólogo: (gesto afirmativo con la cabeza)* (Función discriminativa sin indicar)
- *Cliente: “Pues sí, se lo dije”*

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

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

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

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

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

Una misma verbalización puede dividirse en fragmentos para su categorización. Es decir, no porque una verbalización del terapeuta forme parte gramaticalmente hablando de un mismo párrafo ha de asignarse una única categoría al párrafo en su totalidad. Sin embargo, se ha de tener cuidado de no segmentar excesivamente las verbalizaciones del terapeuta y marcar la categoría predominante. Por ejemplo, si hay una breve verbalización que podría registrarse como *Función informativa* dentro de un párrafo amplio donde se dan los criterios para registrar la *Función motivadora*, deberíamos

considerar toda la intervención dentro de esta última categoría. Si, por el contrario, se hace una breve referencia a las consecuencias (*Función motivadora*) en un contexto explicativo (*Función informativa*), resultaría más apropiado marcar toda la verbalización como *Función informativa*. En el caso de que el terapeuta dedique más atención a cada uno de estos aspectos por separado, sí tendría sentido registrar la ocurrencia de dos categorías diferentes, la *Función motivadora* y la *Función informativa*, segmentando la verbalización emitida por el clínico.

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

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

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

2.3 Tipos de categorías. Las *categorías evento* serán aquellas para las que se registre únicamente su ocurrencia mientras que las *categorías estado* precisarán de la delimitación del tiempo de inicio y finalización de la verbalización correspondiente. Las categorías que se registrarán como evento serán la *Función discriminativa*, la *Función de refuerzo*, la *Función de castigo*, la *Función evocadora* . Las categorías que se registrarán como estado serán la *Función instructora*, la *Función Informativa* y la *Función Motivadora*.

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

función, de modo que se decide no incluir nada durante la presentación de las *categorías estado*.

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

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

3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN

3.1 Función discriminativa

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

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “No me vas a decir lo mismo que le dijiste a David”*
(Función discriminativa)
- *Cliente: “¿El qué?”*
- *Psicólogo: “Que eso se lo dirían a cualquiera”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “No, eso no”*

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación así que entonces...”*
(toda la verbalización se codificaría como *Función informativa* y la última parte como *Función discriminativa conversacional*)
- *Cliente: (interrumpe) “Claro, pero entonces, ¿por qué yo reacciono así si otra gente no lo hace?”*

Sin embargo, si el cliente interrumpe al terapeuta para emitir una verbalización sin ninguna relación con lo que el terapeuta se encontraba diciendo, entonces la verbalización previa del terapeuta no será categorizada como *Función discriminativa* ya que se entiende que el discriminativo que está

operando en este caso sería un estímulo encubierto del cliente que, por tanto, no podemos observar.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación así que entonces...”*
(Función informativa)
- *Cliente: (interrumpe) “Pero, un momento, antes de que me expliques esto yo te quería comentar que esta semana he leído el libro que me diste”*

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

Ejemplo:

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

- *Cliente: “Ya”*
- *Psicólogo: “...por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen”* (Función informativa que incluiría la verbalización previa a la emisión del cliente)

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

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación* (Función informativa). *¿No es así?* (Función discriminativa conversacional)
- *Cliente: Cabeceo*
- *Psicólogo: “Por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen”* (Función informativa)
- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has*

reaccionado con un alto nivel de activación (Función informativa), (Función discriminativa)

- *Cliente: Cabeceo*
- *Psicólogo: “Exactamente* (Función de refuerzo). *Por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen”* (Función informativa)

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

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

Ejemplos:

- *Psicólogo: “...Y estos favorecen...”* (Función informativa)
- *Cliente: “Sí, favorecen”*

- *Psicólogo*: “...*Los cambios en ...*” (Función informativa)

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

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

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

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

Ejemplo:

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

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

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

3.1.9 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 *Función discriminativa*, sino que esta parte del discurso se incluirá dentro de la categoría asignada a la verbalización posterior.

Ejemplo:

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

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo que te quiero decir es, ¿qué consecuencias habría tenido que no fueras? Absolutamente ninguna”* (Función motivadora).
- *Cliente: “Ninguna”*

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

Ejemplos:

- *Cliente: “A ver qué tal se nos da”*
- *Psicólogo: “¿Eh?”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Que digo que a ver qué tal va todo”*

- *Psicólogo: “Que sea difícil no quiere decir que no puedas llegar a aprender a estar tranquila y a manejar todas estas situaciones, ¿eh?” (Función motivadora)*
- *Cliente: “Ya. Vale”*

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

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Tu consideras que tienes razones...” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Hombre, razones... razones no tengo...”*
- *Psicólogo: “... para pensar que era malintencionado?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “No, es más la sensación que me dio”*

- b. Si la verbalización con posible función discriminativa, por ejemplo, una pregunta, puede dividirse en diversas partes y el cliente va respondiendo a

ellas de forma diferenciada, se marcarán tantas categorías *Función discriminativa* como respuestas elicitadas se observen, aunque éstas no sean elaboradas (esto es, no incluyan al menos un verbo con valor predicativo).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Entonces, ya recogiste el almacén...”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “...pusiste al día los papeles que tenías pendientes...”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “... y ya sólo te queda colocar la mesa, ¿es así?”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Eso es”*

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

exceso el registro e inflar el número de verbalizaciones registradas como discriminativo.

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Tú crees que ésta era la mejor forma...”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Ya, de verlo”*
- *Psicólogo: “Claro, de verlo (Función de refuerzo), ¿o crees que había otras posibilidades?”* (Función discriminativa).

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Tú tenías...”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “27 años”*
- *Psicólogo: “... que cumpliste ahora”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “La semana pasada”*

e. Si el terapeuta presenta de varias formas distintas una verbalización que podría tener una misma función discriminativa sin esperar a que el cliente responda pero éste lo hace igualmente, se marcará más de una categoría *Función discriminativa* en los siguientes casos:

- Cuando se identifique otra categoría distinta a la *Función discriminativa* durante la presentación de la misma.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Tú crees que podría haber otra salida?...”*
(Función discriminativa)
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “...No sé, yo te pregunto, a los problemas hay que buscarles soluciones (Función informativa). ¿Se te ocurre otra forma de tratar de mejorar la situación?”*
(Función discriminativa)
- *Cliente: “Sí, claro, podría cambiar de trabajo”*

3.1.13 Cuando las respuestas supuestamente discriminadas en el cliente tengan un valor distinto (no vayan en la misma línea).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Podría haber otro motivo? O sea...”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “No...”*

- *Psicólogo: “...¿podría haber otra explicación al hecho de que no te llamara en ese momento?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Bueno, supongo que podría habersele olvidado”*

3.1.14 Cuando la respuesta del cliente sea suficientemente elaborada (incluya al menos un verbo con valor predicativo)

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Tú podrías preguntarle...” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Yo creo que sí”*
- *Psicólogo: “... quiero decir, ¿él te podría informar acerca de esto?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Sí, sí, sin ningún problema”*

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Tú podrías preguntarle...”*
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “... si te podría ayudar?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Sí, sí, sin problemas”*

3.1.16 Cuando dentro del mismo turno de habla del terapeuta, éste 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 *Función discriminativa*, que sería:

- a. La última, en el caso de que todas las preguntas vayan dirigidas en una misma dirección.

- b. Aquella pregunta a la que el cliente responda, en los casos en los que las preguntas se refieran a contenidos distintos.

Modificadores de la *Función discriminativa*

3.1.17 Función discriminativa. Modificador “Indicando” o “Sin indicar” (la dirección deseada de la respuesta):

- Modificador indicando: Aquel discriminativo que nos indica la dirección de la respuesta deseada.

 - Modificador sin indicar: Aquel discriminativo que no nos indica la dirección de la respuesta deseada.
- a. Para decidir si la categoría *Función discriminativa* indica o no indica la dirección deseada de la respuesta, se considerará solamente ese turno de habla del terapeuta y no los anteriores al mismo. Además, hemos de diferenciar entre la “intención” del terapeuta con una pregunta (que siempre irá en la dirección del cambio) y que la pregunta guíe la respuesta que quiere que el cliente dé.
- b. Sólo se señalará el modificador “indicando” en aquellos casos en los que el psicólogo añade en su pregunta una posible respuesta o da fuentes de información, contenidos, para que el cliente responda a la pregunta. Por tanto, la pregunta indicará la dirección de la respuesta deseada ante la misma.

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

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

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

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

Ejemplos:

- *Psicólogo: “¿Crees que hay una relación causa-efecto entre el mes del año y el número de defunciones?”*
 - *Psicólogo: “¿El fin de semana saliste?”*
 - *Psicólogo: “¿Si estuvieras más delgada te sentirías mejor?”*
 - *Psicólogo: “¿Tu objetivo sería perder peso?”*
 - *Psicólogo: “¿Tú crees que podrías sentirte bien aun cuando no adelgaces tanto?”*
 - *Psicólogo: “¿Crees que es un buen criterio para ser feliz?”*
 - *Psicólogo: “¿Crees que es un buen criterio?”*
 - *Psicólogo: “¿Pero que se mantenga la relación es fruto de la casualidad?”*
 - *Psicólogo: “¿Crees que es fruto del azar o que tú hiciste cosas para ello?”*
- c. En los casos en los que en la verbalización aparezca una partícula que identifiquemos como indicador del modificador Indicando, pero en la pregunta se presenten varias opciones de respuesta, siempre registraremos sin indicar.

-
- Psicólogo: “¿Me dijiste que fuiste al cine o al final fuiste a cenar?”
(Función discriminativa sin indicar)
- d. Un caso que puede dar lugar a duda es el siguiente: cuando se da una verbalización categorizada como *Función discriminativa fallida* (interrumpida por el cliente o no contestada por él) pero que claramente indicaba la dirección de la respuesta, y seguidamente hay otra verbalización categorizada como *Función discriminativa* y a la que el cliente sí contesta, pero que sólo es una pregunta del tipo “¿qué crees?”. Esta última *Función discriminativa*, sería “indicando”. En este caso se acuerda que la primera verbalización sería *Función discriminativa fallida* y la segunda sería una *Función discriminativa sin indicar*, pues estrictamente no se puede considerar que la segunda verbalización indique la dirección de la respuesta.
- Teniendo en cuenta el acuerdo 3.1.12 (apartado b) en el que explicábamos que, ante una verbalización con posible función discriminativa, por ejemplo, una pregunta, esta puede dividirse en diversas partes y el cliente va respondiendo a ellas de forma diferenciada (con verbalizaciones elaboradas o con asentimientos siempre verbales), se marcarían tantas categorías *Función discriminativa* como respuestas elicitadas se observen; concretamos lo siguiente: si en algún momento de la verbalización (normalmente al principio o al final de la misma) aparece cualquiera de las partículas indicadoras del modificador *Indicando* todos los fragmentos de

esta verbalización registrados como Función discriminativa se convertirán en Función Discriminativa Indicando.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “O sea que... volviste a Madrid...(Función discriminativa indicando)*
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: ...Reanudaste tu relación con él...(Función discriminativa indicando)*
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “...sin problemas...” (Función discriminativa indicando)*
- *Cliente: “Sí, sí, sin problemas”*

3.1.18 Función discriminativa. Modificador “Conversacional”:

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

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

Ejemplo:

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

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

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

estado del terapeuta hubiese una verbalización categorizada como *Función de castigo*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “(...) Entonces esto ha provocado que se mantenga tu problema...”* (Función informativa)
- *Cliente: “(intenta interrumpir) pero es que...”*
- *Psicólogo: “Espera un momento (Función de castigo bajo). ¿Me entiendes? (Función discriminativa conversacional)”*
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “Tu problema se ha mantenido porque...”* (Función informativa).

- Otras veces nos encontramos con que las verbalizaciones del cliente que interrumpen la función estado del terapeuta son reforzadas por este último, y tras este refuerzo verbaliza una pregunta del tipo “¿me entiendes?”. En ese caso, también ese “¿me entiendes?” sería *Discriminativo conversacional*, aunque entre medias de las categorías estado del terapeuta hubiese una verbalización categorizada como *Función de refuerzo*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “(...) Entonces esto ha provocado que se mantenga tu problema...”* (Función informativa)
- *Cliente: “y que yo este mal...”*
- *Psicólogo: “Exactamente (Función de refuerzo medio). ¿Me entiendes? (Función discriminativa conversacional)”*
- *Cliente: “Sí”*

- *Psicólogo: “Tu problema se ha mantenido porque...”*
(Función Informativa).

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: “(...) Ya no estás en un ambiente de indefensión, sin embargo, sigues sintiendo, te sigues comportando como si estuvieses en ese ambiente. ¿Por qué?, porque no has aprendido otras cosas (Función informativa), ¿me entiendes? (Función discriminativa conversacional)”*
 - *Cliente: “Sí”*
 - *Psicólogo: ¿Sí? (Función discriminativa conversacional)*
 - *Cliente: “Sí”*
- Se diferenciará de este último punto ejemplos como el siguiente: después de una categoría estado, el terapeuta dice “a ver” (en el sentido de “dime, qué piensas”). Este ejemplo se categorizaría como *Función discriminativa*, pero no con el modificador “conversacional” sino con el modificador “sin indicar”.

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

- b. También se señalará la categoría *Función discriminativa* con el modificador “conversacional” para las verbalizaciones del psicólogo que implican una exclamación ante algo que el cliente está diciendo y que, al mismo tiempo, se hacen en tono interrogativo. Por ejemplo, “¿en serio?”, “¿no me digas?”, etc.
- c. También se señalará la categoría *Función discriminativa* con el modificador “conversacional” en el momento en que el cliente corte cualquier categoría estado del terapeuta.

Hay veces en que puede haber confusión sobre si la verbalización del terapeuta ya ha terminado y, por tanto, la siguiente verbalización del cliente no se puede entender como interrupción, y cuándo la verbalización es interrumpida y hay que marcar la categoría *Función discriminativa conversacional*. Como explicábamos en el apartado 3.1.5, en estos casos se considerará interrupción cuando el cliente hable en mitad de una palabra o frase del terapeuta, es decir, cuando se solapen claramente sus discursos y se pueda escuchar a los dos al mismo tiempo (finalizando la verbalización del terapeuta antes de que el cliente concluya su turno). También se registrará de esta manera cuando parezca que el terapeuta va a seguir hablando (“...y...”, “...para...”). Si se encuentra un caso que no se ajuste a estos criterios no se considerará interrupción.

3.1.19 Discriminativo fallido.

Este modificador recogerá los siguientes casos:

- a. El cliente interrumpe al psicólogo, o este último se queda a medias, en la presentación de una posible verbalización con *Función discriminativa* porque continúa o inicia un discurso al margen del clínico.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Entonces me decías que conseguiste ir al cine con tu vecina...” (Discriminativo fallido)*
- *Cliente: “Esta semana me ha costado mucho hacer la limpieza de la casa”*

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

- *Psicólogo: “¿Qué tal la semana?” (Discriminativo fallido)*
- *Cliente: “Me he perdido para llegar...”*

- Se registrarán como *Función discriminativa* y no como *Discriminativo fallido* aquellas verbalizaciones para las que tengamos constancia verbal o no verbal de la respuesta del cliente, ya sea porque la observemos

directamente (por ejemplo: asentimiento), o porque el terapeuta se refiera a ella.

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

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

- Hay algunas veces que el terapeuta hace una pregunta y el cliente cabecea. En estos casos hay que diferenciar entre las preguntas cerradas

sí/no, en las que un cabeceo serviría como respuesta, y las preguntas abiertas, en las que un cabeceo no serviría como respuesta a la pregunta. Entonces, proponemos que ante las preguntas sí/no en las que el cliente cabecea, la categoría *Función discriminativa* no se considere “fallida”. Sin embargo, en las preguntas abiertas en las que sólo haya un cabeceo por respuesta, sí hay que considerarlas “fallidas”.

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

	<i>Si se ve la cabeza del cliente (de modo que se pudiera ver un asentimiento o negación)</i>	<i>Si <u>no</u> se ve la cabeza del cliente (de modo que <u>no</u> se pudiera ver un asentimiento o negación) y tampoco existe respuesta verbal</i>
<i>Si el terapeuta está mirando al cliente para esperar su respuesta</i>	→ Si el cliente contesta verbalmente y/o con la cabeza: <u>D. Conversacional</u> → Si no contesta ni verbalmente ni con la cabeza o responde otra cosa: <u>D. Fallido</u>	<u>No se registra nunca F. Discriminativa (*)</u>
<i>Si el terapeuta no está mirando al cliente</i>	→ Si el cliente contesta verbalmente y/o con la cabeza: <u>D. conversacional</u> → Si no contesta ni verbalmente ni con la cabeza: <u>no re registra F. Discriminativa</u>	<u>No se registra nunca F. Discriminativa</u>

(*) Hay dos excepciones en esta regla: 1) Se daría en el caso en que el terapeuta pregunte una primera vez, por ejemplo, “¿me entiendes?” y el cliente no conteste verbalmente (y no se ve su cabeza) y entonces lo pregunta una segunda vez. En este caso, aunque no se escuche de nuevo una respuesta verbal (y se sigue sin ver la cabeza), se da por hecho que el cliente ha tenido que asentir con la cabeza pues, si no, el terapeuta lo

volvería a preguntar; por tanto, el segundo discriminativo se registraría como “conversacional” (y el primero como “fallido”). 2) Cuando una respuesta del cliente, aunque sea no elaborada, altera el discurso del terapeuta, también se interrumpiría el estado que esté teniendo lugar y se registraría *Discriminativo conversacional*. Incluso en el caso de que no veamos la respuesta del cliente ni la escuchemos pero se pueda entender ésta por la respuesta del terapeuta (“claro”, “ya”, etc.), entonces se registraría *Función Discriminativa conversacional* en el terapeuta y también la supuesta respuesta del cliente.

Ejemplos:

- Psicólogo: “(...) ¿Me entiendes?” (Función discriminativo fallido)
- Cliente: (no se oye ni se ve nada)
- Psicólogo: ¿Me entiendes?” (Función discriminativa conversacional)
- Cliente: (no se oye ni se ve nada)

- Psicólogo: “(...) ¿Me entiendes?” (Función discriminativa conversacional)
- Cliente: (no se oye ni se ve nada)
- Psicólogo: “Claro, es eso, lo que te decía, que (...)”

3.2 Función evocadora

3.2.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría evento* señalando su ocurrencia y no su duración. Se señalará en el momento que se elicite la respuesta en el cliente. Se considerará que la verbalización del terapeuta evoca una respuesta en el cliente cuando éste manifieste una reacción emocional justo después de la intervención del terapeuta; en el caso de que el cliente comience su verbalización sin reacción emocional y después manifieste una reacción emocional, entonces no se registrará la verbalización del terapeuta como *Función evocadora* (porque no sabemos qué es lo que ha provocado esa respuesta emocional). Por otra parte, esto implica que, si el cliente ya estaba manifestando esa reacción emocional antes de la intervención del terapeuta, no se señalará la categoría *Función evocadora*.

3.2.2 En caso de que el cliente empiece a manifestar una reacción emocional y ésta se mantenga durante un tiempo, no se seguirá señalando la categoría *Función evocadora* en todas las verbalizaciones del terapeuta que estén comprendidas en ese periodo, sino sólo en la primera. Si en esa misma sesión se vuelve a dar una respuesta emocional después de un periodo sin respuesta emocional, se señalará de nuevo la categoría *Función evocadora* sólo en la verbalización inmediatamente anterior del terapeuta.

3.2.3 Esta categoría puede identificarse sobre todo en la fase de evaluación en la que las preguntas del clínico pueden evocar respuestas emocionales en el cliente aunque no lo pretendan. En estos casos, registraremos a la vez la categoría *Función evocadora* y *Función discriminativa* cuando se cumplan los criterios de ambas. Si una pregunta del terapeuta va seguida de una respuesta del cliente que no tiene relación con la pregunta del terapeuta, entonces se registrará la categoría.

3.2.4 En el caso de identificarse en una misma verbalización las categorías *Función evocadora* y *Función discriminativa*, se registrará antes la *Función evocadora* que la *Función discriminativa* pues en principio la respuesta emocional se daría antes en el cliente y después éste emitiría su respuesta ante el supuesto estímulo discriminativo presentado por el psicólogo.

3.2.5 También puede aparecer la categoría *Función evocadora* en la fase de tratamiento cuando, como parte de los objetivos terapéuticos, se busque explícitamente evocar la respuesta condicionada correspondiente.

3.2.6 Así mismo, aunque un criterio para registrar la *Función evocadora* es que el cliente muestre una respuesta emocional acompañada de verbalización o informe acerca de una reacción emocional ante una verbalización del terapeuta, en los casos en los que se realice exposición en imaginación parece claro que hay que utilizar esta categoría aunque no se tenga

constancia de que realmente se da la respuesta emocional que se pretende elicitarse (se da por supuesto que el terapeuta está teniendo en cuenta la información que le da el cliente sobre la exposición en imaginación, por ejemplo, levantando un dedo cuando se imagine la escena). Durante dicha exposición en imaginación:

- Verbalizaciones del tipo “imagina”, “piensa”, “recuerda”, se categorizarán como *Función instructora*.
- Verbalizaciones describiendo la situación a evocar (por ejemplo, “estás en la sala de espera y dicen tu nombre, te levantas y te acercas a recoger el impreso, notas que te pones un poco nervioso”), se categorizarán como *Función evocadora*.
- Por muy larga que sea la descripción de la situación a evocar, se registrará una única *Función evocadora* a menos que se dé alguna otra función que la interrumpa (por ejemplo, “estás en la sala de espera y dicen tu nombre (*Función evocadora*), recuerda cómo te sentiste en ese momento (*Función instructora*), te levantas y te acercas a ellos (*Función evocadora*)). También se marcarán varias *Funciones evocadoras* si el tiempo transcurrido entre una descripción y otra es largo (más de tres segundos) y/o cambia notablemente el contenido de las mismas.

3.2.7 Hipotetizamos que la risa, en la gran mayoría de los casos, es una conducta operante y no una respuesta condicionada de modo que no parece apropiado tenerla en cuenta a la hora de registrar la categoría *Función evocadora*.

3.3 Función de refuerzo

3.3.1 Se registrará cada verbalización con posible valor de refuerzo como *categoría evento*, tanto si afecta a la conducta general de hablar, como a la de proporcionar información, etc., del cliente.

3.3.2 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.

3.3.3 Se registrará la ocurrencia de la categoría *Función de refuerzo* al inicio de la verbalización codificada y no al final de la misma.

3.3.4 En la conversación entre terapeuta y cliente cada verbalización del terapeuta podría funcionar como refuerzo de la anterior conducta del cliente

así como discriminativo de la siguiente conducta de éste, es decir, nos encontraríamos ante un proceso de encadenamiento verbal. Sin embargo, a la hora de registrar nos guiaremos por los siguientes criterios para decidir si marcamos la categoría *Función discriminativa* o *Función de refuerzo*:

- a. Cuando se considere que la función discriminativa y reforzante podrían darse conjuntamente pero en elementos claramente separados (Por ejemplo: “Muy bien. Cuéntame”), se registrará en primer lugar la categoría *Función de refuerzo* seguida inmediatamente la categoría *Función discriminativa*.
- b. En el resto de los casos donde podrían darse simultáneamente las funciones discriminativa y de refuerzo en una misma verbalización (por ejemplo, cuando el terapeuta se anticipa al cliente y termina su frase, cuando tras una verbalización del cliente hace exclamaciones del tipo “¿sí?”, “¿de verdad?”, “¿no me digas?”, etc., o bien cuando verbaliza cosas como “muy bien”, “estupendo”, “genial”), se decidirá si prima una u otra función atendiendo a los siguientes criterios:
 - Prevalecerá la categoría *Función discriminativa* frente a la *Función de refuerzo* (suponemos que la verbalización del terapeuta estaría discriminando el cambio en el comportamiento del cliente) en los

casos en los que el terapeuta verbalice exclamaciones del tipo “¿sí?”, “¿de verdad?”, “¿no me digas?”.

Ejemplo:

- *Cliente: “Ayer hice todo lo que me mandaste”*
- *Psicólogo: “¿No me digas?” (Función discriminativa).*
- *Cliente: “Sí, la verdad es que estoy muy contenta”*

Hacemos explícito en este acuerdo que incluso en los casos en los que este tipo de verbalizaciones repitan lo que acaba de decir el cliente (suele ocurrir con el “¿sí?”, “¿no?”) y se solape el discriminativo con el posible refuerzo de repetición decidimos siempre registrar Función discriminativa.

- *Psicólogo: “¿estás de acuerdo?” (Función discriminativa conversacional).*
- *Cliente “Sí...”*
- *Psicólogo: “¿Sí?”(el tono de esta verbalización suele ser muy ambiguo y provoca que sea imposible decidir si el terapeuta está repitiendo lo que ha dicho el cliente o esta preguntando de nuevo para asegurarse) (Función discriminativa conversacional).*

- En los casos en los que el terapeuta se anticipa y completa una verbalización del cliente y en los casos en los que verbaliza cosas

que socialmente se entienden como reforzantes, como “muy bien”, “estupendo”, “genial”, consideraríamos que estamos ante un supuesto refuerzo y registraríamos la categoría *Función de refuerzo* (aunque esta verbalización pueda alterar la siguiente verbalización del cliente).

Ejemplos:

- *Cliente: “Ayer hice todo lo que me mandaste...”*
- *Psicólogo: “¡Qué bien!”* (Función de refuerzo)
- *Cliente: “...sí, la relajación, la respiración y la exposición”*

- *Cliente: “Ayer hice todo lo que me mandaste...”*
- *Psicólogo: “Para la semana”* (Función de refuerzo).
- *Cliente: “...sí, para la semana, la relajación, la respiración y la exposición”*

- En los casos en los que el terapeuta repite lo que acaba de decir el cliente consideraremos que estamos ante un supuesto refuerzo y registraríamos la categoría *Función de refuerzo* (aunque esta verbalización pueda alterar la siguiente verbalización del cliente).
 - *Cliente: “Y me lo repitió en todo momento...”*
 - *Psicólogo: “...en todo momento...”* (Función de refuerzo).
 - *Cliente: “...sí, que tranquila, que adelante...”*

Únicamente actuaremos de manera diferente a lo que dice este punto en los casos en los que la repetición de la última verbalización forme parte de una pregunta del terapeuta con un claro tono interrogativo.

- *Cliente: “Y me lo repitió en todo momento...”*
- *Psicólogo: “... ¿en todo momento?...”* (Función discriminativa).
- *Cliente: “...sí, a todas horas...”*

Hay ocasiones en las que es muy difícil discernir si lo que está diciendo el terapeuta tiene este claro tono interrogativo. En estos casos en los que dudemos si la verbalización del terapeuta que repite lo que acaba de decir el cliente es simple repetición o es una pregunta registraremos siempre Función de Refuerzo.

- c. En ocasiones el terapeuta repite varias veces seguidas una misma o parecida verbalización codificable como *Función de refuerzo*, por ejemplo, “muy bien, muy bien, perfecto”. En estos casos acordamos que si el cliente continúa hablando entre estas verbalizaciones del terapeuta, entonces se categorizará de forma individual cada verbalización del terapeuta, pero si no habla entre ellas o se superponen y son muy seguidas en el tiempo, se registrarán como una única categoría *Función de refuerzo*.

3.3.5 Cuando, durante la presentación de una verbalización codificable como *Función informativa*, *Función motivadora* o *Función instructora*, el terapeuta incluye en su discurso elementos de una verbalización que el cliente acaba de presentar, sólo se marcará la categoría *Función de refuerzo* si:

- a. El discurso del terapeuta se altera notablemente tras la emisión de la conducta verbal del cliente, se solape o no ésta, total o parcialmente, con la verbalización del psicólogo.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes...”* (Función informativa)
- *Cliente: “Sí, ya no vas el miércoles”*
- *Psicólogo: “Eso es (Función de refuerzo), ya no voy el miércoles ni el jueves y al final no voy nunca”* (Función informativa)

- b. El discurso no se altera notablemente pero la conducta del terapeuta sigue claramente a la conducta del cliente y retoma de algún modo lo dicho por éste previamente. Si se superponen ambas emisiones verbales, no se registrará *Función de refuerzo* sino que se considerará que el terapeuta sigue con la función que estaba presentando antes de que el cliente hablase.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes...”* (Función informativa)
- *Cliente: “Sí, ya no vas el miércoles”*
- *Psicólogo: “ ya no voy el miércoles (Función de refuerzo) ni el jueves y al final no voy nunca”* (Función informativa)
- *Psicólogo: “Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes, ya no...”* (Función informativa)
- *Cliente: “Sí, ya no vas el miércoles”*
- *Psicólogo (superponiéndose a la verbalización del cliente): “... voy el miércoles ni el jueves y al final no voy nunca”* (Función informativa)

3.3.6 Verbalizaciones del tipo “*Lo estás haciendo muy bien*” podrían considerarse potencialmente reforzantes no porque “traten de reforzar” la verbalización del cliente inmediatamente anterior en la forma exacta en la que se da, sino porque puede tener su “efecto” sobre parte de dicha verbalización previa que cobra sentido por todo lo que se ha estado hablando anteriormente en la sesión.

3.3.7 Los recursos conversacionales con los que a menudo se introducen algunas verbalizaciones (“bueno, pero”, “claro, pero fijate...”, “ya, pero...”), no se registrarán. Únicamente si el matiz aprobatorio es muy notable, se señalará la categoría *Función de refuerzo* al inicio de la oración Debido a que este matiz aprobatorio es muy difícil de detectar, se hacen los siguientes acuerdos:

- a. En el caso de que se dé uno de estos “enlaces conversacionales” al principio de una categoría *estado*: nunca se considerarán como refuerzos los enlaces conversacionales que entren en la categoría *Función de refuerzo bajo* (a excepción de los que sean refuerzos bajos por repetición de lo que acaba de decir el cliente o por terminar la frase de este) pero sí los que se categoricen con los modificadores “medio” o “alto”. De esta manera, los que quedarían fuera son los posibles refuerzos de menos intensidad, no se perderían “refuerzos potentes”, en caso de perderse alguno, y esto da lugar a mucho más acuerdo entre observadores. Para que una verbalización que en principio se categorizaría como *Función de refuerzo bajo* “pasara” a ser *Función de refuerzo medio*, ésta tendría que emitirse con un tono enfático y, para poder determinar esto de la manera más objetiva posible, habría que comparar el tono con que se ha emitido con el tono medio que está utilizando el terapeuta en las últimas verbalizaciones. Si es más enfático, entonces sería *Función de refuerzo medio* y no “bajo”. También podría ocurrir que “pase” a ser *Función de refuerzo medio* porque se repita la palabra, como por ejemplo, si el terapeuta dice “claro, claro, pero...” o “ya, ya, pero...” (ver los acuerdos sobre modificadores del refuerzo)

b. En el caso de que se dé uno de estos “enlaces conversacionales” antes de una verbalización evento (fundamentalmente ocurrirá en el caso de la *Función discriminativa*), se pueden dar las siguientes variaciones:

- Que haya una verbalización que se podría categorizar como *Función de refuerzo*, de cualquier intensidad, claramente separada de la verbalización posterior del clínico: en este caso sí se señalará *Función de refuerzo* al inicio de la verbalización del terapeuta.

Ejemplo:

- *Cliente: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”*
- *Psicólogo: “Bien (Función de refuerzo bajo). ¿También crees que los demás lo creen?” (Función discriminativa sin indicar)*

A veces la dificultad puede consistir en decidir cuando las dos verbalizaciones están “claramente separadas”. Si tenemos dudas porque haya un “*ehh*” en medio o un largo silencio también registraríamos el refuerzo bajo.

- Que haya una verbalización que se podría categorizar como *Función de refuerzo*, de cualquier intensidad, ligada a la verbalización posterior del clínico con la conjunción “y”: en este

caso sí se señalará *Función de refuerzo* al inicio de la verbalización del terapeuta.

Ejemplo:

- *Cliente: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”*
- *Psicólogo: “Bien (Función de refuerzo bajo), y ¿también crees que los demás lo creen?” (Función discriminativa sin indicar)*

- Que haya una verbalización que se podría categorizar como *Función de refuerzo*, ligada a la verbalización posterior del clínico con la conjunción “*pero*” “*osea*” “*entonces*” (o con cualquier otra conjunción o construcción gramatical que no sea “*y*”): en este caso sólo se registrará la verbalización con la categoría *Función de refuerzo* cuando ésta se pueda categorizar con los modificadores “*medio*” o “*alto*”, no con el modificador “*bajo*”, pues en este último caso se considerará un enlace conversacional.

Ejemplos:

- *Cliente: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”*
- *Psicólogo: “Muy bien (Función de refuerzo medio), pero ¿también crees que los demás lo creen?” (Función discriminativa sin indicar)*

- *Cliente: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”*
- *Psicólogo: “Bien, pero ¿también crees que los demás lo creen?” (Función discriminativa sin indicar).*

- *Cliente: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”.*
- *Psicólogo: “Claro, pero ¿también crees que los demás lo creen?” (Función discriminativa sin indicar).*

- *Cliente: “Sí, creo que soy buena en el trabajo”.*
- *Psicólogo: “Ya, ya (Función de refuerzo medio), pero ¿también crees que los demás lo creen?” (Función discriminativa sin indicar).*

En ocasiones el terapeuta logra cortar el discurso del cliente introduciendo elementos conversacionales del tipo señalado, éstos no se categorizarán como *Función de castigo* sino que se reservará esta categoría para verbalizaciones con un contenido desaprobatario o “cortante” claro.

Ejemplos:

- *Cliente: “Es que yo no voy a ser como su madre y a hacerle todo y si quieres un vaso de agua yo te lo traigo y...”*
- *Psicólogo: “Espera (Función de castigo), ¿cuántos años lleva Santi viviendo con su madre y acostumbrado a que se lo hagan todo?” (Función discriminativa)*

- *Cliente: “Al final tuve que ir aunque no me apetecía nada...”*
- *Psicólogo: “Claro, pero, fíjate, ¿qué consecuencias habría tenido que no fueras? Absolutamente ninguna” (Función motivadora)*

En el caso de que la verbalización introducida con los elementos conversacionales del tipo señalado trate de superponerse al discurso del cliente pero no lo consiga al verse interrumpida por el habla de éste, se categorizará dicha verbalización del clínico dentro de la categoría *Otras*.

Ejemplo:

- *Cliente: “Si no es que a mí no me gusten los pimientos...”*
- *Psicólogo: “Claro, pero...” (Otras)*
- *Cliente: “... de hecho a mi me encanta el pescado con pimentitos asados...”*
- *Psicólogo: “Claro, pero si...” (Otras)*
- *Cliente: “... sólo que soy incapaz de llegar a casa y prepararlos porque lo que realmente me apetece en esos momentos es tomarme un bocadillo”*
- *Psicólogo: “Claro, pero si empiezas a introducir esos alimentos por la noche, cada vez estarás más acostumbrada a comerlos y te costará menos prescindir del bocadillo” (Función motivadora)*

3.3.8 No se registrarán con la categoría *Función de refuerzo* los casos en los que hay una verbalización del terapeuta que es un supuesto refuerzo en mitad de una verbalización con otra función, de manera que no se sabe muy bien lo que se está reforzando, o bien sí se sabe, pero no es la verbalización

inmediatamente anterior. Y no se considerarán *Función de refuerzo* porque no se puede decir que refuercen algo concreto de la conducta del cliente que haya ocurrido justo anteriormente. Por tanto, cuando se habla de la categoría *Función de refuerzo* es necesario que se “refuerce” una conducta del cliente que ha ocurrido inmediatamente antes.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Sobre tu comportamiento, lo que yo te quiero decir es que la conducta, lo que ocurre, no es fruto de las circunstancias en el sentido azaroso que tú dices, pero es verdad que la conducta se explica por el contexto, **en eso estoy de acuerdo, totalmente de acuerdo**. O sea, las cosas no salen de dentro, como tú dices aquí, sino que las explica el contexto, **ahí estoy totalmente de acuerdo**, pero eso no le resta valor, porque uno, igual que su conducta es explicada por el contexto, tiene la capacidad de alterar el contexto con su conducta, hay una interacción. O sea, precisamente, las conductas, este tipo de conductas son operantes, porque operan en el medio, porque lo cambian, ¿de acuerdo?”*
(Función informativa)

3.3.9 En los casos en los que una verbalización “refuerza” una conducta motora del cliente, pero no una verbalización, no se registrará la categoría *Función de refuerzo*. 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 este caso se registraría como *Función informativa*.

3.3.10 El siguiente acuerdo se aplica a las categorías *Función de refuerzo* y *Función de castigo*. Hay veces que después de decirle al cliente que sí o que no, se da una explicación de por qué. Muchas veces esta explicación se da en la siguiente forma:

Ejemplo: “sí, sí, sí, sí, te entiendo perfectamente porque...”

Ejemplo: “no, no, no, no, esto no es así porque...”

La primera parte se categorizaría como *Función de refuerzo* o *Función de castigo* y la segunda parte como *Función informativa*, pero es difícil saber dónde cortarlo. Se acuerda que sólo habría que señalar *Función informativa* a partir de la explicación, que empezaría a partir de “*porque*” o una expresión similar, en su caso.

Para la *Función de refuerzo* se han establecido cuatro modificadores, tres de ellos referidos a la intensidad de la verbalización del psicólogo, que se explicarán en las siguientes páginas.

3.3.11 Función de refuerzo. Modificador “Conversacional”:

- a. Se aplicará el modificador “conversacional” para aquellas verbalizaciones categorizadas como *Función de refuerzo* que tienen lugar mientras el cliente está hablando y cuya hipotética función sea dar a entender que el

terapeuta está atento y escuchando el discurso del cliente. Se darían típicamente en los siguientes casos:

- Aquellos refuerzos que el psicólogo emite en medio de verbalizaciones del cliente, a modo de asentimientos verbales, incluso cuando éstos modifican la verbalización siguiente del cliente, que responde a ello. Como asentimientos verbales entendemos cualquier verbalización que en mitad del discurso signifique que el terapeuta está escuchando el cliente. Pueden ser del tipo: “Claro”, “Sí”, etc., o verbalizaciones que tengan que ver con lo que está diciendo el cliente.

Ejemplo:

- Cliente: “Ahora en el trabajo me han cambiado de oficina y entonces salgo de casa antes...”

- Psicólogo: “Claro” (Función de refuerzo conversacional)

- Cliente: “Para que no me pille tanto atasco”

- Cliente: “Ahora en el trabajo me han cambiado de oficina y entonces salgo de casa antes para que no me pille tanto atasco...”

- Psicólogo: “Es horroroso el tráfico” (Función de refuerzo conversacional)

- Cliente: “... entonces me estoy acostando antes”

- b. Cuando el psicólogo completa una frase del cliente en medio de su discurso, incluso aunque esto modificara la verbalización siguiente del cliente.

En los siguientes ejemplos la categorización sería como sigue:

- *Psicólogo: “Es por ti”*
- *Cliente: “Es porque no me apetece pasar la tarde pendiente...”*
- *Psicólogo: “Esperando (Función de refuerzo bajo), y eso es beneficioso para ti y beneficioso para él”*

- *Cliente: “Ya, ¿sabes?, me viene a la cabeza cuando fuimos a Italia, estuvimos en casa de una amiga suya simpatiquísima, estupenda, además también estaba su novio porque viven juntos, pero ella era súper cariñosa con José y no me molestaba nada, o sea, al principio pensé, joer, le daba unos achuchones pero luego comprendí perfectamente que era puro cariño por parte de los dos y no tuve problema ninguno. Yo creo que el problema lo tengo más cuando desconozco...”*
- *Psicólogo: “Cuando no controlas, claro” (Función de refuerzo conversacional)*
- *Cliente: “...todo eso, a que encuentre una chica más atractiva que yo, ése es mi miedo, a que de repente descubra que hay alguien...”*

- *Cliente: “Ya, ya, y además el trabajo de José me viene bien porque, quiero decir, yo pensé que él no podría soportarlo por el tipo de trabajo que tiene, o sea, él está constantemente con gente...”*
- *Psicólogo: “Con gente, claro” (Función de refuerzo conversacional)*
- *Cliente: “...gente que no conozco, además, o sea, con lo cual día a día yo hago mis pinitos, ¿no?, ya lo normalizo, obviamente...”*

- *Cliente: “nunca había sido capaz de hacer esto sin tomarme una pastilla, así que estoy...”*
- *Psicólogo: “orgullosa” (Función de refuerzo conversacional)*
- *Cliente: “...orgullosa de mí mismo, me sentí muy contento...”*

- *Cliente: “Nunca había sido capaz de hacer esto sin tomarme una pastilla, así que estoy...”*
- *Psicólogo: “Orgullosa” (Función de refuerzo conversacional)*
- *Cliente: “Sí, eso, orgullosa de mí mismo, me sentí muy contento...”*

Como se puede apreciar en la amplia lista de ejemplos, este tipo de refuerzos no son contingentes a objetivos terapéuticos verbalizados por el cliente. En las ocasiones en las que los hipotéticos refuerzos del terapeuta tengan este objetivo y vayan en mitad del discurso del cliente, se registrarán como Función de refuerzo alto conversacional (ver los acuerdos sobre el modificador alto y medio del refuerzo).

3.4 Función de castigo

3.4.1A la hora de registrar la categoría *Función de castigo* sólo se marcará su ocurrencia, nunca su duración, haciéndola coincidir con el inicio de la verbalización que se codifique dentro de esta categoría.

3.4.2 Cuando se señala la categoría *Función de castigo*, al igual que en la *Función de refuerzo*, es necesario que haya ocurrido una conducta del cliente susceptible de ser castigada inmediatamente antes.

En verbalizaciones del tipo: “*Espera, estoy de acuerdo pero...*” podemos detectar un castigo al inicio de la frase y un refuerzo después pero sólo será registrado lo primero que dice, es decir, en este caso el castigo.

3.4.3 Se decide utilizar únicamente la categoría *Función de castigo* en aquellos casos en los que se observe un desacuerdo claro para evitar inferencias subjetivas que disminuyan el acuerdo entre observadores. Para decidir si estamos ante un ejemplo de un claro desacuerdo habrá que recurrir, en muchos casos, a otros indicadores además de la conducta verbal (tono de voz, postura, gestos, etc.).

Ejemplo:

- *Cliente: “Eso me va a costar más”*
- *Psicólogo: “¡No te preocupes! (*) (**) Para eso estoy yo.”*

(*) Acompañado de un tono desaprobatorio.

(**) Una verbalización del tipo “*No te preocupes*” podría, sin embargo, ser categorizada de diversas formas:

- ✓ *Función de castigo*: como en este caso donde el terapeuta busca cortar las verbalizaciones de continua preocupación del cliente.

- ✓ *Función instructora*: sólo cuando se incluya dentro de un conjunto mayor de verbalizaciones que impliquen pautas de actuación a seguir fuera de la consulta.
- ✓ *Otras*: no tendría función si es un recurso meramente conversacional para cambiar de tema
- ✓ *Función motivadora*: Incluida dentro de una expresión del tipo “*Esta vez también lo vas a pasar muy bien, no te preocupes*”.

3.4.4 El desacuerdo que pretende codificar la categoría *Función de castigo* puede reflejarse también en una verbalización del terapeuta que trata de “cortar”, interrumpir, evitar que aparezcan, etc., ciertas verbalizaciones del cliente. Sólo se marcará *Función de castigo* cuando se utilicen palabras muy explícitas para cortar, como “*para*”, “*espera*”, “*un momento*”, etc., y se consiga el efecto esperado. Ahora bien, cuando no se consigue cortar al cliente de esta manera, no se marcará la categoría *Función de castigo* sino la categoría *Otras*.

Las palabras que se utilizan para cortar el discurso del cliente y que, si no tienen efecto, se categorizarán como *Otras* en lugar de *Función de castigo*, serían palabras como: “*espera*”, “*calla*”, “*atiéndeme*”, etc. Sin embargo, decir “*no, no*” se considerará siempre como expresión de castigo, no específicamente para cortar el discurso, sino para mostrar desacuerdo. Entonces, si se dice “*no, no*” y el cliente no se calla, se registrará *Función de*

castigo, no *Otras*, pues el terapeuta ha mostrado su desacuerdo. Ahora bien, no siempre “no, no” indica *Función de castigo*, podría ser, por ejemplo, parte de una *Función informativa* (“No, no quería decir eso”).

3.4.5 No ha de registrarse la categoría *Función de castigo* en aquellas secuencias donde hipotetizamos que el terapeuta está poniendo al 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.

Ejemplo:

- *Psicólogo*: “Vale, entonces, ¿estás por encima de los demás en cuanto a tu actuación en tu trabajo?” (Función discriminativa)
- *Cliente*: “Vale”
- *Psicólogo*: “No, vale no, (Función de castigo) ¿sí o no?” (Función discriminativa)
- *Cliente*: “Me falta información para decirlo”
- *Psicólogo*: “Volvemos a empezar” (Función discriminativa, no de castigo, se pone al cliente en extinción)
- *Cliente*: “Es que...”
- *Psicólogo*: “Bien, resulta que tu jefa hace todo un laudatorio” (Función discriminativa, no de castigo, suponemos que se somete al cliente a un proceso de extinción)

3.4.6 Hay que tener cuidado con las palabras que solemos considerar castigo, pues hay veces que no se deben categorizar como *Función de castigo* porque hay que entenderlas en el contexto de lo que está diciendo el psicólogo y no tienen un tono de desaprobación. Por ejemplo, “(sin tono de desaprobación) *Vamos a ver... (y explica algo)*” (Función informativa). Hay que prestar atención al significado de lo que quiere decir el psicólogo, no dejarnos llevar por la forma, por la palabra que se utilice.

3.4.7 Cuando una verbalización que interrumpe al cliente podría tener al mismo tiempo dos funciones, la de castigo y otra más (por ejemplo, *Función discriminativa o informativa*), se da prioridad a la segunda marcando la categoría *Función de castigo* sólo en aquellos casos en los que haya un elemento aislado que pueda tener una función punitiva.

Ejemplos:

- *Cliente: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”*
- *Psicólogo: “Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”*
- *Psicólogo: “O que se le ha olvidado, o que se ha dejado el móvil en el despacho, o que hay mucho ruido y no oyó el teléfono... las explicaciones posibles son infinitas”* (Función informativa)

- *Cliente*: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”
- *Psicólogo*: “Espera, para un momento (Función de castigo). Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?” (Función discriminativa)

- *Cliente*: “No...”
- *Psicólogo*: “No, ese sí dubitativo no me sirve (Función de castigo). Volvemos a empezar” (Función discriminativa).

En estos casos se ven dos partes de la verbalización: una primera con *Función de castigo* (“Espera, para un momento”, “No, ese sí dubitativo no me sirve”) y una segunda con *Función discriminativa* (“Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?”, “Volvemos a empezar”). Estos casos son distintos de cuando el terapeuta añade sólo esta segunda parte (“Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?”, “Volvemos a empezar”), con tono de enfado o desaprobación, entonces priorizaríamos la *Función de castigo* sobre la *Función discriminativa*, aunque sabemos que también se da ésta última. Sin embargo, cuando se dan las dos partes, consideramos importante señalar los dos matices que tienen lugar.

Algunos otros ejemplos de duda entre la *Función discriminativa* y la *Función de castigo* serían los siguientes:

- *Psicólogo: “Pues ya me dirás entonces por qué”*
- *Psicólogo: “¿Ah, sí? (en tono serio)”*

En estos casos prevalecerá el matiz discriminativo al de castigo, porque se le está pidiendo explícitamente a la persona una respuesta.

3.4.8 La categoría *Función de castigo* puede aparecer junto a una verbalización codificada como *Función discriminativa*. Puesto que hipotetizamos que el castigo se aplica cuando el cliente se sale de la línea que el terapeuta pretende seguir para tratar de redirigirlo, le damos más importancia a la función de castigo que tendría relevancia sobre la función discriminativa puramente conversacional de modo que se registraría la categoría *Función de castigo* y no la categoría *Función discriminativa* cuando una misma verbalización pudiera cumplir los criterios de ambas. Se pueden dar los siguientes casos que se registrarían de la siguiente manera:

- a. Casos en los que la función discriminativa y de castigo podrían darse conjuntamente pero en elementos claramente diferenciados (por ejemplo: “Me parece muy mal. Cuéntame”). En estas ocasiones, habrá que registrar primero la categoría *Función de castigo* seguida de la categoría *Función discriminativa*.

- b. Casos en los que la verbalización del clínico trata de cortar la secuencia.

En estas ocasiones parece apropiado registrar una única categoría: la de *Función de castigo* (por ejemplo: “Muy mal”).

Para la *Función de castigo* se han establecido tres modificadores, todos ellos referidos a la intensidad de la verbalización del psicólogo, que se explicarán en las siguientes páginas.

3.4.9 Función de refuerzo y de castigo. Modificadores “Bajo”, “Medio” y “Alto”:

A continuación se enumeran ejemplos de los tipos de verbalizaciones que se categorizarán como *Función de refuerzo* o *de castigo* en cada uno de los niveles de intensidad.

✓ *Función de refuerzo. Modificador “bajo”*: se incluirán palabras o expresiones de aprobación neutras por su contenido.

- Repetir lo que la persona ha dicho.
- Terminar la verbalización del cliente
- “Bien”
- “Claro”
- “Vale”

- “Hombre” (palabra que también puede ser *Función de castigo* según el tono)
 - “Bueno” (palabra que también puede ser *Función de castigo* según el tono)
 - “Eso es”
 - “Ya”
 - “Por eso”
 - “Es eso”
 - “En una palabra”
 - “Desde luego”
 - “También”
- ✓ *Función de refuerzo. Modificador “medio”*: se incluirán palabras o expresiones de aprobación más contundentes por su contenido.
- “Muy bien”
 - “¡Qué bien!”
 - “Te entiendo” o “entiendo lo que dices”
 - “A eso me refiero”
 - “Por ejemplo” (en el sentido de ¡eso es!)
 - “Totalmente”
 - “Evidentemente”
 - “Exactamente”
 - “Claramente”

- “Indudablemente”
- “Eso está bien”
- “No lo dudo”
- “Estoy segura”
- “A eso me refiero”
- “Estoy de acuerdo contigo”
- “Por supuesto”
- “Claro que sí”
- “De acuerdo”
- “Absolutamente”
- “Estupendo”
- “No me extraña”
- “A eso voy”
- “Está claro”
- “Es verdad”
- “Sin duda”
- “Por ejemplo”

✓ *Función de refuerzo. Modificador “alto”*: se incluirán palabras o expresiones de aprobación enfáticas por su contenido.

- “Fenomenal”
- “Genial”
- “Excelente”

- “Perfecto”
- “Me encanta”
- “Bien, qué alegría me das”
- “Maravilloso”
- “Estoy totalmente de acuerdo contigo”
- “Te entiendo perfectamente”
- Explicar con palabras enfáticas por qué se aprueba: “Bien, muy bien, has hecho una gran tarea”, “Vale, muy bien, considero todo un logro que lo hayas dicho”.

Si el refuerzo alto aparece en mitad del discurso del cliente lo registraríamos como refuerzo alto conversacional. Tomamos esta decisión porque consideramos que este tipo de expresiones buscan reforzar el contenido de las verbalizaciones del cliente y no el mero hecho del discurso. Añadimos el modificador conversacional sólo por una cuestión práctica, para facilitar el registro del cliente.

✓ *Función de castigo. Modificador “bajo”*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación neutras por su contenido.

- “No” (según el tono)
- “Hombre” (según el tono)
- “Bueno” (según el tono)
- “Oye” (según el tono)

- “Vamos a ver”, “Volvemos a empezar” (según el tono)
 - Las palabras para cortar el discurso (“espera”, “para”, “calla”, etc.), cuando consiguen el efecto buscado. Cuando van al inicio de frase, serán *Función de castigo* y no enlace conversacional, por su matiz desaprobatorio.
- ✓ *Función de castigo. Modificador “medio”*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación más contundentes por su contenido.
- “No, eso no es así”
 - “No, ese sí dubitativo no me sirve”
 - “No estoy de acuerdo”
- ✓ *Función de castigo. Modificador “alto”*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación mostrando enfado o ironía.
- “Evidentemente, todos pueden ser unas nulidades y (...) en el país de los ciegos, el tuerto es el rey”

Debemos tener en cuenta que la lista de modificadores del castigo es más compleja de enumerar ya que para esta categoría el lenguaje no verbal, los gestos y sobre todo el tono, muchas veces serán la clave para decidir si la verbalización del terapeuta es o no castigo.

Tanto en las categorías *Función de refuerzo* como *de castigo* puede ocurrir que se den varias expresiones seguidas pertenecientes a la misma categoría y esto influye en el modificador que finalmente se elija en cuanto a la intensidad. En todos los casos, cuando se dan las siguientes combinaciones, se elegirá el modificador que se indica:

- Bajo + medio = modificador medio
- Bajo + bajo (tantas repeticiones como se den) = modificador medio
- Medio + medio = modificador alto
- Bajo o medio + alto = alto

Siempre se tendrá en cuenta el tono con que se emiten estas verbalizaciones de manera que, si el tono es enfático, se elegiría la categoría *Función de refuerzo* o *de castigo* con el siguiente modificador de intensidad según lo que correspondería por el contenido de la verbalización en función de lo indicado anteriormente.

Referente al tono, hay ejemplos en los que es fundamental, incluso para distinguir si es castigo o refuerzo.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Jo, que si es bonito...”* (con tono claro de sorpresa)

Esta verbalización sería *Función de castigo* por el tono, que indica a la persona que cómo puede afirmar eso ante la evidencia que se le está mostrando.

3.5 Función informativa

3.5.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que incluye).

3.5.2 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 la misma categoría *Función informativa*. En cambio, si el discurso del psicólogo se ve modificado por algo que dice o hace el cliente, entonces habría que parar ese *estado informativo* inicial y volver a marcar otro diferente puesto que ha sido discriminado por una respuesta concreta y nueva del cliente.

3.5.3 En cuanto a las verbalizaciones breves del terapeuta sobre lo que se va a hacer en sesión (por ejemplo, “pues entonces eso sí me gustaría que lo viéramos con un poco más de calma”) decidimos que todas queden dentro de la categoría *Función informativa*. Sabemos que en ocasiones son recursos

para introducir un tema y no tienen mucho peso desde el punto de vista clínico pero es muy difícil decidir en que ocasiones es claramente Función Informativa y en cuales no. Por ello tomamos esta decisión práctica ya que al valorar cada ejemplo específico caemos demasiado en inferencias.

3.5.4 Un listado de contenidos que se categorizan frecuentemente como *Función informativa* es el siguiente (esto no implica que estos contenidos no puedan incluirse dentro de otra categoría si se ajustan mejor a los criterios de ésta):

- ✓ Explicación del análisis funcional
- ✓ Presentación de ejemplos para ilustrar las explicaciones del terapeuta
- ✓ Anticipación y/o explicación de tareas o actividades que se van a hacer en sesión
- ✓ Aclaración de por qué se dice algo al 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

3.5.5 En algunas ocasiones puede resultar difícil distinguir entre las categorías *Función de castigo o de refuerzo* y *Función informativa* cuando aparecen

verbalizaciones en las que se incluye información que muestra desacuerdo/desaprobación o acuerdo/aprobación, respectivamente, con la conducta previamente emitida por el cliente. En estos casos se aplicarán los siguientes criterios para la categorización:

a) Información “negativa”:

- Cuando el desacuerdo sea claro y no se presente ninguna información adicional (por ejemplo, en el uso de la ironía), se registrará *Función de castigo*:

Ejemplos:

- *Psicólogo: “¿Crees que haces bien tu trabajo?”*
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “No, ese sí dubitativo no me sirve” (Función de castigo)*

- *Psicólogo: “Bueno, te vuelvo a poner el ejemplo, si de los demás dijese que ha sido excepcional, ya no tendría sentido la palabra excepcional”*
- *Cliente: “Pero también podrían decirlo, sí, no sé”*
- *Psicólogo: “Evidentemente, también podrían decir de los demás que son unas nulidades y que sólo tú eres buena, con lo cual excepcional también...” (Función de castigo)*

Aún así, en muchas ocasiones, es difícil discernir si el contenido de la verbalización del terapeuta es sólo sarcástico o es información adicional. Por ejemplo, cuando el terapeuta contesta a una verbalización del cliente de forma irónica pero incluyendo información: *“No, especial unido a toda esta descripción puede ser especial porque eres negada, eres nula, quien te manda un trabajo lo haces fatal, no eres capaz de expresarte, cometes faltas de ortografía, tu forma de dirigirte a tus compañeros es despreciativa, eres humillante, etc., eso es también ser especial”*. Aunque se podrían confundir con la categoría *Función informativa*, este tipo de ejemplos se categorizarán como *Función de castigo*, porque la “información” se le da al cliente con un tono que ridiculiza o ironiza lo que está explicando. En el ejemplo anterior se puede ver que no se pretende explicar que las anteriores descripciones son de personas especiales, sino poner en evidencia al cliente que lo que acaba de decir no es correcto. Por el contrario, si se priorizara la parte informativa, sería *Función informativa*, no *Función de castigo*.

- Cuando el desacuerdo sea claro y vaya seguido de una explicación posterior que informa (independientemente de que ésta se haya presentado previamente o no), se marcarán las dos categorías:

Ejemplos:

- *Psicólogo: “No, ese sí dubitativo no me sirve (Función de castigo). Voy a volver a hacerte la pregunta porque lo único*

que quiero es que me contestes un sí contundente” (Función informativa)

- *Cliente: “Si sólo tuviera un sentido”*
- *Psicólogo: “Solo hay uno (Función de castigo): el que está por encima de la norma (Función informativa)”*

- Cuando se da una mera explicación que puede conllevar cierta oposición a lo dicho previamente por el cliente pero que fundamentalmente aclara y proporciona información (aunque ya se haya presentado dicha información en otro momento anterior de la sesión), se registrará exclusivamente la categoría *Función informativa*:

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Bien, resulta que tu jefa ha hecho todo un laudatorio...”*
- *Cliente: “Tendría que saber cómo valora a todos, ¿no?”*
- *Psicólogo: “Bien, independientemente de cómo los evalúen, el hecho de utilizar la palabra excepcional es lo que me da pie para hacerte esta pregunta, si no, yo simplemente diría que eres maravillosa y probablemente estés en un equipo de maravillas, sois una empresa que sólo tiene gente extraordinaria, ¿vale?, pero resulta que tu jefa dice que has sido excepcional” (Función informativa)*

b) Información “positiva”: Los mismos criterios se utilizarán para distinguir la *Función informativa* y la *Función de refuerzo*.

- Mera muestra de acuerdo y/o aprobación: *Función de refuerzo*

Ejemplo:

- *Psicólogo*: “Entonces, vales muchísimo en el trabajo, es algo donde no tienes que explotar más. De hecho, has pedido irte a Buenos Aires y te han dicho que sí, que supongo que tampoco se lo harían a cualquiera” (Función de refuerzo ya que no se aporta ninguna información aclaratoria para la cliente)

- Aprobación más información: *Función de refuerzo* + *Función informativa*

- Información que señala acuerdo con el cliente: *Función informativa*

3.5.6 Un caso en el que hay que diferenciar entre la categoría *Función informativa* y las categorías *Función de refuerzo* o *de castigo* es cuando el terapeuta explica al cliente cómo éste ha hecho una cosa. Habría que tener en cuenta que sería *Función informativa*, puesto que el terapeuta está dando una

información y no reforzando/castigando una verbalización concreta del cliente.

Ejemplo:

- *Cliente: “¿Qué tal lo he hecho?”*
- *Psicólogo: “Fatal/muy bien”* (Función informativa en ambos casos, se informa de cómo lo ha hecho el cliente)

1.5.7 Una situación en la que hay que diferenciar entre *Función informativa* y *Función de castigo* es cuando el terapeuta le explica al cliente que no se estaba refiriendo a algo durante la conversación. En estos casos habría que optar por registrar *Función informativa* porque el terapeuta está dando una información y no “castigando” la verbalización del cliente.

Ejemplo:

- *Cliente: “No, no a cualquiera, pero de las personas que estamos allí cualquiera sería válida, seguro, no me siento mejor que nadie”*
- *Psicólogo: “No, no, yo no digo que te sientas mejor* (Función informativa), *yo te digo que ¿tú crees que para los jefes tú y los demás sois exactamente iguales?, ¿sois intercambiables?”* (Función discriminativa sin indicar)

3.5.8 Cuando el terapeuta emite una verbalización en la que parece adoptar el rol de su cliente y hablar en su lugar, se considerará la conducta *Función informativa* sólo cuando pretenda modelar 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” (Función informativa). A ver, dilo así tú” (Función instructora).*

Estas verbalizaciones en las que el terapeuta habla como si fuera su cliente podrían tener otras funciones de modo que habría que codificarlas de forma diferente si pretenden mostrar acuerdo simplemente, o dar pautas de actuación en el contexto real del cliente, por ejemplo.

Ejemplos:

- *Cliente: “Y sé lo que va a pasar, éste me va a venir cualquier día pidiéndome que me quede y le voy a decir que no, que yo horas extra no hago”*
- *Psicólogo: “Claro, tú le dices “no mira, yo horas extras ya no hago, aquí lo que quieras pero fuera de mi horario...” (Función de refuerzo)*

- *Cliente: “Lo que me temo es que éste me va a volver a pedir que me quede”.*
- *Psicólogo: “Claro pero tú ya sabes que le dices “no mira, yo horas extras no hago, si quieres lo acabo mañana o se lo das a otro pero no me puedo quedar” (Función instructora)*

3.5.9 Es importante recordar cuál es la definición de la categoría *Función informativa* (transmisión de conocimiento clínico y/o técnico) porque a menudo se emplea como cajón de sastre en el que incluimos todo lo que no tenemos claro dónde ubicar, lo cual sería más adecuado registrar dentro de la categoría *Otras*.

3.5.10 En algunos casos, especialmente cuando se hace reestructuración cognitiva, podemos incluir dentro de la categoría *Función informativa* verbalizaciones en las que, aunque no se presente un conocimiento específicamente psicológico, sí se pretende aclarar ciertos aspectos importantes para lograr los objetivos terapéuticos o se presentan puntos de vista alternativos a los del cliente.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Vale, yo entiendo lo que dices y probablemente tengas muy buenos compañeros (Función de refuerzo), pero el adjetivo excepcional perdería todo sentido si se pudiera decir de todos o de muchos (función informativa), ¿no?” (Función discriminativa)*

- *Psicólogo: “O está borracho como una cuba y no se entera si han pasado una hora, dos horas, tres horas o veinte horas, ha perdido absolutamente la noción del tiempo y ni se acuerda de nada, ¿vale? Cualquiera de estas opciones puede implicar que es despistado, que es poco sistemático, es poco predecible en la diferencia entre lo que dice y lo que hace, etc. (...)” (Función informativa en un momento de debate)*

- *Psicólogo: “Otro de los aspectos positivos de esta decisión es que los profesores de ese programa de doctorado son de reconocido prestigio”* (Función informativa en una toma de decisiones relacionada con los objetivos terapéuticos del caso)

- *Psicólogo: “Puedes optar tanto por ir a un rocódromo, a un polideportivo o si tienes más tiempo a la Pedriza”* (Función informativa en un caso en el que un objetivo de la terapia era incrementar las actividades de ocio, especialmente las relacionadas con el deporte, en la rutina del cliente)

3.6 Función motivadora

3.6.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que incluye).

3.6.2 La clave para registrar una verbalización dentro de la función motivadora es que haga referencia a las consecuencias de la actuación del cliente sobre el cambio, tanto cuando estas consecuencias sean positivas como cuando sean negativas porque el cliente se comporta de manera desadaptativa. Cuando se señalen las consecuencias asociadas a la conducta que se desea promover en el cliente, sólo se registrará la *Función motivadora* cuando las consecuencias mencionadas sean positivas. Si se señalan las consecuencias negativas colaterales al cambio, se considerará dicha verbalización dentro de la

categoría *Función informativa* y no como *Función motivadora* puesto que entendemos que no se pretende “motivar” para el cambio sino advertir de las dificultades inherentes al mismo.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo mejor que puedes hacer para conseguir que deje de llamarte es no responder a sus llamadas, así, poco a poco, él se dará cuenta de que tú ya entras en su juego y dejará de molestarte (Función motivadora), eso sí, también te digo, lo más probable es que antes de la supresión de esa conducta se produzca un incremento de su insistencia al ver que ya no respondes a sus llamadas (Función informativa)”.*

3.6.3 Podría haber dificultades para diferenciar las categorías *Función motivadora* y *Función instructora* ya que la primera puede incluir verbalizaciones donde se haga referencia explícita a la conducta que sería bueno que el cliente realizara fuera de sesión (para conseguir unas consecuencias positivas). Los criterios a seguir para diferenciar ambas categorías serán los siguientes:

- Si se señala de forma detallada la actuación que el cliente deberá realizar fuera de sesión para conseguir las consecuencias positivas: la parte referida a la actuación se categorizará como *Función instructora* y la parte referida a las consecuencias como *Función motivadora*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo que tienes que hacer es utilizar la parada de pensamiento cada vez que te des cuenta de que lo estás volviendo a pensar (Función instructora) y así ya verás como te sientes mucho mejor (Función motivadora)”.*

- Si se señala la actuación a modo de resumen y de forma muy general junto con las consecuencias, todo ello se categorizará dentro de una misma *Función motivadora*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo que tienes que hacer es dejar de pensarlo, así ya verás como te sientes mucho mejor (Función motivadora)”*

3.6.4 Un criterio para diferenciar las categorías *Función motivadora* y *Función informativa* es el siguiente: en la categoría *Función motivadora* sólo tendrán cabida aquellas verbalizaciones que se refieran explícitamente a las consecuencias del cambio (o no cambio) sobre el sujeto y no de un modo general (por ejemplo, al explicar los beneficios de una determinada técnica sobre otras personas), en cuyo caso se registrará *Función informativa*.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Si aplicas la parada de pensamiento te sentirás mucho mejor” (Función motivadora)*

- *Psicólogo: “La técnica de la parada de pensamiento produce el efecto de sentirse mejor”* (Función informativa)

3.6.5 Aquellos casos en los que se señalen las consecuencias de conductas hipotéticas y/o posibles no planteadas previamente en terapia también se marcarán como *Función motivadora* (por ejemplo, “Si pidieras la baja ahora, que ni siquiera sé si te lo has planteado, sería peor”).

3.6.6 Dentro de la categoría *Función motivadora* 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 influyan en su “motivación” hacia el cambio.

3.6.7 No sólo se registrarán como *Función motivadora* aquellas verbalizaciones que mencionen los beneficios del cambio, sino también aquellas otras que señalen las consecuencias de una conducta aunque ésta sea un “paso intermedio” para llegar al comportamiento final que se quiere implantar y/o eliminar.

3.6.8 Un listado de contenidos que se categorizarán frecuentemente como *Función motivadora* es el siguiente (para diferenciar estos contenidos de aquellos referidos a las categorías *Función informativa* y *Función instructora* habrá que atender a los acuerdos establecidos al respecto):

- ✓ Señalar al cliente, de manera explícita, que es posible el cambio.
- ✓ Señalar al cliente que es posible el cambio dando solamente estrategias generales para conseguirlo pero a partir de las cuales es difícil que el cliente sepa lo que tiene que hacer
- ✓ Aquello que cotidianamente e incluso clínicamente entendemos como “motivar” a una persona, por ejemplo, verbalizaciones del terapeuta que predigan resultados positivos, que resalten lo bien que está trabajando, verbalizaciones encaminadas a animar al individuo a realizar cambios, etc. Por ejemplo: “*lo estás haciendo muy, muy bien, ya verás como lo vas a conseguir e incluso antes de lo que imaginas*” (*), “*Esto tiene solución*”, “*Lo conseguirás*”.
- ✓ Cuando el terapeuta señala las consecuencias negativas de seguir comportándose de manera desadaptativa.

(*) Es importante destacar que, a menos que se aluda a las consecuencias de algún modo, no se deberá registrar la categoría *Función motivadora*. En este sentido, una verbalización del tipo “*no te preocupes*”, podría considerarse *Función instructora* (en un contexto en el que se dan

pautas sobre cómo actuar fuera de la clínica) o incluso *Función de castigo* (si pretende interrumpir al cliente y conseguir que deje de verbalizar un miedo, por ejemplo), pero nunca *Función motivadora*. Verbalizaciones del tipo “*verás como sí*”, en cambio, sí se incluirían dentro de esta categoría puesto que mencionan de algún modo las consecuencias que se van a derivar, en este caso, del cambio clínico.

3.6.9 Sobre la diferencia entre la categoría Función informativa y Función motivadora hay que señalar que la descripción sobre las posibles consecuencias de una conducta del cliente, sobre lo que podría pasar o no es informativa, mientras que la anticipación de los efectos que puede tener una conducta que se cambie o no se cambie sobre la persona u otras personas de su entorno, sería motivadora.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Lo que tú hagas, la ropa que te pongas o lo que comas no podría nunca tener ningún efecto sobre otras personas”* (Función informativa).
- *Psicólogo: “Que tú cambies tu forma de comportarte seguramente hará que tu marido se sienta mejor”* (Función motivadora).

En la misma línea señalamos que es imprescindible tener en cuenta que las consecuencias a las que tiene que hacer referencia son las consecuencias del cambio clínico, no a las consecuencias en general. Es

decir, una frase como “Lo que tú piensas no tiene relación con esa tragedia” es información sobre la relación de ciertas cosas pero “Si dejas de pensarlo no te sentirás tan mal” o “Si sigues pensándolo el problemas se mantiene” pone en relación las consecuencias con las conductas correspondientes al cambio clínico.

3.6.10 Algunos ejemplos más para diferenciar el modificador “informativa” de “motivadora”:

- *Psicólogo: “(...) Yo entiendo cuando me dices que es lo que te sale, o que ya me gustaría que no fuese así, pero para llegar a ese ya me gustaría que no fuese así tienes que empezar por un período en el que tú te fuerces a explicarte las cosas de una manera alternativa (...)” (Función informativa)*
- *Psicólogo: “Y él aparece y se le fastidia el plan, entonces es cuando aprenderá que el que te den un plantón puede ser una cosa muy desagradable” (Función motivadora, señala las consecuencias del cambio en otra persona)*
- *Cliente: “Sí, está claro que como más se aprende es con hechos”*
- *Psicólogo: “La probabilidad de conocer a alguien es mucho mayor de lo que pensamos” (Función informativa porque no se hacen explícitas en ningún momento las consecuencias del cambio).*

- *Psicólogo: “Precisamente por eso será más sencillo”* (Función informativa porque no se hacen explícitas en ningún momento las consecuencias del cambio).

3.6.11 Cuando el terapeuta habla de algo que el cliente ha hecho bien en el pasado, por ejemplo, *“es maravilloso que salieras el fin de semana”*, que se diga *“es maravilloso”* puede confundir la información con la motivación. Sin embargo, se acuerda que, si no se han explicitado las consecuencias del cambio en el pasado para su bienestar o malestar, no se considerará motivadora en ningún caso, aunque haya palabras que nos puedan confundir, como *“maravilloso”*.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Se lo dijiste a su hermana y ya conseguiste que te llamara”* (Función informativa)
- *Psicólogo: “Se lo dijiste a tu hermana y ya conseguiste que te llamara. Esto fue un paso importante en tu mejora, te hizo sentir más integrado en tu familia y mucho mejor”* (Función motivadora).

3.6.12 Podría surgir la misma duda pero refiriéndonos al presente, ejemplos, *“Sería maravilloso si hicieras esto”*, *“Que hagas esto es la mejor opción”*, *“Eso creo que es muy bueno”*, *“Es mucho mejor...”*

Y, en la misma línea, se acuerda que esto sería *Función informativa* mientras no se hagan explícitas cuáles serán las consecuencias del cambio,

en cuyo caso sería *Función motivadora*, ejemplo, “*que hagas esto es la mejor opción porque te hará sentir bien mucho más rápidamente que cualquiera de las otras técnicas*”.

3.6.13 Encontramos cierta ambigüedad con el modificador “motivadora” cuando el terapeuta está hablando en segunda persona, pero en tono impersonal, y en un momento determinado pasa a hablar de las consecuencias de cambiar ciertas conductas. En estos casos no se sabe si lo está explicando de manera impersonal o dirigida al cliente. Como estos casos son dudosos y dependen de cómo lo entienda el observador, se acuerda que se categorizarán como *Función motivadora* porque se puede estar motivando al cliente.

3.7 Función instructora

3.7.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que comprenda). Se especificará mediante la separación de las categorías en el *Observer XT* aquellas verbalizaciones que se refieran a instrucciones dentro de sesión (*Función instructora dentro de sesión*) o fuera (*Función instructora fuera de sesión*).

3.7.2 Se incluirá dentro de la categoría *Función instructora* 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 mande 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.

3.7.3 Las verbalizaciones categorizadas como *Función instructora dentro de de sesión* son verbalizaciones en las que el terapeuta le pide al cliente que lleve alguna tarea en sesión, como por ejemplo:

Psicólogo: “¿Cómo crees que tu hermana lo va a... llevar mejor el planteamiento...? ¿Directamente...? ¿Quedar con ella para comer...? Cuéntame un poco como va a ser la escena para ver... (Función instructora dentro de sesión)

Dentro de bloques en los que el terapeuta está pidiendo la ejecución de alguna tarea en sesión las verbalizaciones del mismo que se relacionen con esa tarea y que sigan pidiendo la ejecución de la misma también serán registradas como *Instructora dentro de sesión*. En el ejemplo anterior, unos segundos después el terapeuta pregunta: “a partir de ahí ¿como crees que continuará la conversación?”. Esta verbalización también sería registrada como *Función instructora dentro de sesión*.

Hay que diferenciar, de estas últimas verbalizaciones, aquellas en las que el terapeuta no está pidiendo al cliente que lleve a cabo una acción dentro de sesión aunque la forma verbal con la que se expresa pueda parecerlo. Esto suele ocurrir en sesiones de evaluación donde el terapeuta dice algo como “Cuéntame que pasó” o “Dime”. Este tipo de expresiones serán registradas como *Función discriminativa* ya que desde el punto de vista clínico consideramos que son muy diferentes de las tareas que se dan dentro de una sesión.

3.7.4 Sólo se registrará la *Función instructora* cuando se señalen pautas de actuación de un modo claro y directo.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “¿Qué te parece si esta semana te dedicas a practicar la relajación?”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Y en esos momentos empiezo a pensar que a lo mejor está con otra, que no se ha acordado de llamarme, que no le intereso nada”*
- *Psicólogo: “O podrías decirte que a lo mejor no puede llamar aunque quiere hacerlo, que tal vez se le haya pasado, o, simplemente, que se ha quedado sin batería”* (Función informativa y no instructora a pesar de que pretenda promover cambios fuera de sesión).

3.7.5 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 *Función instructora*.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Vuelve a repetir esta semana el autorregistro que te propuse la semana pasada*”.

3.7.6 Durante el entrenamiento de algunas técnicas en sesión aparecen algunas peculiaridades en las que habrá que tener en cuenta los siguientes criterios:

- Las verbalizaciones del terapeuta para contar en voz alta el tiempo que el cliente tarda en llenar sus pulmones con el fin de medir su capacidad pulmonar se registrarán como “*Otras*”
- Las verbalizaciones del terapeuta para contar en voz alta el tiempo que la cliente ha de estar inspirando o espirando durante el entrenamiento de la técnica se registrarán como *Función instructora dentro de sesión*.
- Las verbalizaciones del terapeuta que indican lo que el cliente debe hacer a continuación se registrarán como *Función instructora dentro de sesión*. Por ejemplo, “*inspiración*”, “*pausa*”, “*relaja*”, “*tensa*”, “*imagina*”, “*piensa*”, “*recuerda*”.
- Las verbalizaciones del terapeuta que señalan lo que tiene que hacer el cliente y las consecuencias de su conducta se registrarán como *Función*

instructora + Función motivadora. Por ejemplo, “Cierra los ojos para que estés más cómodo”

- Las verbalizaciones del terapeuta que explican lo que el cliente tendrá que hacer a continuación pero aún no señala que lo haga se registrarán como *Función instructora*. Por ejemplo, cómo proceder durante la práctica de la respiración abdominal.

3.7.7 Hay algunas ocasiones durante la reestructuración cognitiva en las que el terapeuta dice qué pero no cómo hay que hacer algo, normalmente referido a la flexibilización o cambio del pensamiento. Se entenderían como instrucciones este tipo de verbalizaciones porque, aunque en algunos casos no estén muy bien especificadas, sí son instrucciones generales y son relevantes para la reestructuración.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Bien y, por tanto, tú tienes que poner algo de tu parte y él tiene que poner algo de su parte. Entonces, él tiene que ir avisando cada vez más de dónde está, dándote de alguna manera explicaciones para que tú puedas atenerte (Función informativa) y tú por tu parte tienes que ir flexibilizando la exigencia de esas explicaciones” (Función instructora. Sólo es instructora esta última parte, lo anterior es informativa porque no da la instrucción directamente a la persona ni le pide que le transmita esa información al interesado)*

- *Psicólogo: “Entonces, ¿me entiendes? O sea, es fundamental que te flexibilices con él respecto a lo que tú harías y lo que yo haría, que no eres el criterio, que atribuyas explicaciones distintas a las primeras que se te ocurren, falta de respeto, falta de consideración, está con otros mejor que conmigo, y busques explicaciones absolutamente lógicas y racionales, al menos tanto como esas (Función instructora) y, comparando con lo que tienes, mucho más lógicas y racionales que esas, porque el resto de sus días no demuestra hacia ti ni falta de respeto, ni poco cariño ni nada de nada” (Función informativa)*

- *Psicólogo: “Pues yo quiero que empieces a valorar lo que hiciste y lo que haces y lo que vas a hacer (Función instructora). Más ahora, quieres ir a Argentina, planteas la situación, luchas por ella, la reivindicas, hablas con unos, con otros, ¿también es azaroso?” (Función discriminativa sin indicar).*

3.7.8 No tenemos que confundir la *Función instructora* con la *Función informativa* en los casos en los que se le explica al cliente en general las cosas que se harán en el tratamiento, etc. Para ello ver en el subsistema *SISC-CVT* los acuerdos generales sobre la diferencia entre las categorías *Función instructora* y *Función informativa*. Además, para intentar que los desacuerdos sean los mínimos, acordamos lo siguiente:

- A veces esta explicitación es poco concreta porque no especifica bien las cosas que la persona tiene que hacer pero, si se le dice a la persona que lo haga, sería instrucción. Por ejemplo, “*flexibiliza tu forma de pensar*”.

Sobre todo no hay que dejar pasar este tipo de instrucciones generales que se dan en el caso de la reestructuración cognitiva.

- Cuando se le presentan al cliente las distintas opciones que tendría para hacer, pero no se le dice que las haga, esto sería informativa. Por ejemplo, *“Podrías decírselo a tu hermana, podrías no decírselo, podrías hablar con tu mujer. Existen muchas opciones”*.

- En los casos en los que hay mucha duda porque sería una instrucción excesivamente general o bien porque es dudoso que se le esté diciendo claramente a la persona que haga algo, entonces prevalecerá la categoría *Función informativa*.

3.8 Otras

3.8.1 Bajo la etiqueta *Otras* se codificará cualquier verbalización del terapeuta que no cumpla con los criterios señalados en relación con el resto de las categorías presentadas.

3.8.2 Esta categoría será una *categoría evento* cuya ocurrencia se registrará al final de la verbalización que pretenda codificar.

3.8.3 Sería deseable durante los registros de las sesiones incorporar algún comentario acerca del tipo de verbalizaciones que se están codificando dentro de la categoría *Otras* con el fin de identificar nuevas posibles categorías que podrían establecerse y que serían relevantes para la categorización de la conducta verbal del terapeuta. Desde luego, en algún momento habrá que diferenciar las *Otras* “extra-terapéuticas” de aquellas con un contenido “terapéutico”.

3.8.4 En aquellos casos en los que el terapeuta comienza a emitir una verbalización que es interrumpida por el cliente sin atender a ella, sólo se marcará su posible función (por ejemplo, informativa, instructora, etc.) si se presenta parcial o totalmente la correspondiente información, instrucción, etc. En caso contrario, aunque “intuyamos” cuál podría haber sido la funcionalidad potencial de la verbalización del clínico en el caso de no haber sido interrumpida por el discurso del cliente, se registrará la categoría *Otras*. La única “excepción” a este criterio sería el modo de registrar el “discriminativo fallido” ya que, aunque pueda presentarse el potencial estímulo discriminativo en su forma completa, si el cliente no responde al mismo no podemos decir que haya ninguna conducta discriminada y, por tanto, se marcará la verbalización del terapeuta como *Discriminativo fallido*. Sólo en el caso mencionado, “sabemos” que la funcionalidad no se ha dado a pesar de la forma de la verbalización, algo que no sucede con los contenidos “informativos”, “motivadores” y/o “instructores”, por ejemplo, debido a que

su identificación no depende de que el cliente responda ante ellos en el momento preciso en el que se presentan.

Ejemplos:

- *Cliente: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones...”*
- *Psicólogo: “Es lo que explicábamos...” (Otras)*
- *Cliente: “... y ya me tuve que ir sin compra nada”*

- *Cliente: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones...”*
- *Psicólogo: “Es lo que explicábamos sobre la relación entre ciertas situaciones y la respuesta de...” (Función informativa)*
- *Cliente: “... y ya me tuve que ir sin compra nada.”*

De la misma manera actuaremos con las categorías evento. Los siguientes ejemplos pueden resultar dudosos:

- *“Claro, pero...” (interrupción)*
- *“No, no, pero...” (interrupción)*

En el primer caso podría ser *Función de refuerzo* o enlace conversacional, y en el segundo podría ser *Función de castigo* o *Función informativa*, por ejemplo. Por tanto, ante la duda, mejor poner *Otras* que una función que no sabemos si va a ser tal.

Sin embargo, en el siguiente ejemplo, sí se marcaría *Función de castigo* más *Otras*:

Ejemplo:

- Psicólogo: “*No* (Función de castigo), *espérate...* (interrupción)”
(Otras)

En este caso, “*No*” claramente indica desacuerdo y “*espérate*” no tiene la función que pretende, que es cortar.

Otros ejemplos particulares podrían ser:

- Psicólogo: “*Excelente* (Función de refuerzo alto), *pero...* (interrupción)” (Otras)
- Cliente: Fui con mis dos amigos al cine...
- Psicólogo: Fuiste con tus dos amigos al cine (Refuerzo bajo porque repite lo que ha dicho el cliente, no hay duda de que es refuerzo como nos puede ocurrir en los enlaces) y entonces cuando...(interrupción)” (Otras)

3.8.5 En aquellos casos en los que el terapeuta no interactúa con el cliente sino que lee los autorregistros en voz audible se registrará la categoría *Otras*. Durante la lectura de los registros, tests, etc., cumplimentados por el cliente fuera de sesión podemos encontrarnos los siguientes casos:

- Si durante la lectura del registro el cliente emite algún tipo de verbalización relacionada con la conducta verbal del terapeuta se categorizará *Función discriminativa* (la parte final de la verbalización del terapeuta se registrará como *Función discriminativa* mientras que el resto será incluido en la categoría *Otras*).
- Si durante la lectura del registro el terapeuta lee subvocalmente lo anotado por el cliente y de vez en cuando hace algún comentario del tipo “bien”, ”vale”, ante los que el cliente no emite ninguna conducta, quedarían registrados dentro de la categoría *Otras*.
- Después de leer el autorregistro y/o revisar las tareas especificadas en la sesión anterior, el terapeuta puede presentar verbalizaciones del tipo “*muy bien que hayas hecho todo, me da mucha información*”. Estos casos se registrarán dentro de la categoría *Función informativa*.

3.8.6 Un listado de contenidos que se incluyen frecuentemente dentro de la categoría *Otras* es el que se presenta a continuación:

- Verbalizaciones del terapeuta consigo mismo en voz alta
Ejemplo: “*no, este ejemplo no sirve*”, “*déjame ver esto*”
- Autorrevelaciones del terapeuta: “*Mira que siento que..., además de que María es alumna mía y...* ”
- Verbalizaciones iniciadas por el terapeuta pero que el cliente interrumpe para comenzar o continuar con su discurso.

3.8.7 Cuando el terapeuta interviene sin que el cliente haya terminado su verbalización anterior y éste sigue hablando diciendo algo elaborado (que incluya un verbo con valor predicativo) y cuando el cliente termina el terapeuta retoma o continúa lo que estaba diciendo, se categorizará de la siguiente manera:

- La primera verbalización del terapeuta, interrumpida casi al empezar:
Otras.
- La segunda verbalización del terapeuta: la función que corresponda.

3.8.8 Aunque leer en alto la tarea que ha traído el cliente se debe registrar con la categoría *Otras*, nos encontramos con casos en los que se vuelve a leer en sesión una parte de la tarea, con una función diferente de la primera vez en que se leyó y, por tanto, hay que registrarlo de manera distinta. Por ejemplo:

- En los casos en los que lee de nuevo un fragmento de la tarea y luego hace una pregunta sobre ello: *Función de preparación del discriminativo + Función discriminativa* (con el modificador que corresponda).

Ejemplo:

- *Psicóloga: “(...) Es muy competente y responsable en su trabajo, con gran capacidad de esfuerzo. Cualquiera de la oficina la respeta en este sentido y se valora mucho su trabajo (termina de leer) (Función de preparación del discriminativo). ¿Crees que se valoran mucho todos los trabajos?” (Función discriminativa sin indicar)*

- Por otro lado, hay casos en los que el terapeuta lee de nuevo sólo la parte de la tarea que quiere y no añade nada más, se queda esperando una respuesta del cliente, así que creemos que habría que considerarlo *Función discriminativa* en sí, “indicando la dirección”.
- En alguna ocasión el terapeuta lee en sesión información de la historia clínica del cliente, por ejemplo, para contraargumentar algo que ha dicho éste. En cada caso habría que analizar con detalle la función de la verbalización del terapeuta, que sería *Función informativa* en un caso como el siguiente:

Ejemplo:

- *Cliente: “Yo creo que he tenido tiempos de ocio mientras estaba en paro”*
- *Psicóloga: “(busca información en la historia clínica y empieza a leer cosas que encuentra) Aquí pone que el 28 de marzo estabas triste porque no tenías trabajo, que la semana siguiente no saliste de casa para hacer nada de*

ocio, que le decías a tu madre que no te encontrabas bien (...)” (Función informativa)

3.9 Un caso especial: cuando es el cliente el que adopta un papel más directivo en la interacción.

Cuando el cliente formula una pregunta, el modo de registrar la conducta posterior del clínico será el siguiente:

3.9.1 Función discriminativa si la respuesta del terapeuta da pie a una nueva conducta del cliente.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Dime entonces lo que te resultaría más fácil”*
(Función discriminativa)
- *Cliente: “¿Más fácil?”*
- *Psicólogo: “Más fácil”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Pues quizá empezar por los que conozco”*

- *Cliente: “...Entonces quería dedicar la tarde a colocar cortinas de esas que se ponen en las puertas, ¿sabes de las que te digo?”*
- *Psicólogo: “No, ahora mismo no caigo, la verdad”* (Función discriminativa).
- *Cliente: “Sí, esas cortinas que ...”*

- *Cliente: “... Así que salí, lo llamé, le dije que si quedábamos, ¿no?..”*
- *Psicólogo: “Perdona, no te sigo”* (Función discriminativa)

- *Cliente: “Es que, como habíamos hablado de que...”*

3.9.2 Función de refuerzo si se muestra acuerdo, aceptación y/o aprobación sobre la conducta de preguntar del cliente, o si la pregunta es un mero recurso conversacional que utiliza el cliente para asegurarse de que el terapeuta está siguiendo su discurso y puede continuarlo (la función de la verbalización del terapeuta en este caso sería la de mantener, mediante el “refuerzo”, la conducta de hablar de su cliente)

Ejemplos:

- *Cliente: “¿Es así como tendría que actuar?”*
- *Psicólogo: “Está bien que formule esa pregunta (Función de refuerzo). Vamos a verlo. ¿Cuáles eran tus objetivos?” (Función discriminativa).*
- *Cliente: “...Así que salí, lo llamé, le dije que si quedábamos, ¿no?...”*
- *Psicólogo: “Sí” (Función de refuerzo)*
- *Cliente: “... y nos fuimos a cenar. Entonces...”*

3.9.3 Función de castigo si se muestra desacuerdo, no aceptación o desagrado sobre la conducta de preguntar del cliente.

Ejemplo:

- *Cliente: “¿Es así como tendría que actuar?”*
- *Psicólogo: “Esa no es la cuestión (Función de castigo). Vamos a ver, ¿cuál era tu objetivo?” (Función discriminativa)*

3.9.4 Función informativa, motivadora o instructora según la respuesta del terapeuta proporcione información clínico-técnica, trate de favorecer el cambio clínico o dé pautas específicas de actuación, respectivamente.

Ejemplos:

- *Cliente: “¿Y por qué me pasa eso?”*
- *Psicólogo: “Porque has aprendido a responder así ante un conjunto de situaciones como las que hemos visto estos días en el autorregistro” (Función informativa)*

- *Cliente: “¿Tú crees que algún día conseguiré estar tranquila en esas situaciones?”*
- *Psicólogo: “No lo creo, te lo garantizo, cada vez vas a ir sintiéndote mejor, ya lo verás” (Función motivadora).*

- *Cliente: “Entonces, ¿qué tengo que hacer?”*
- *Psicólogo: “Entonces, cada vez que te sientas mal sacas la hojita y anotas la situación, qué piensas, qué sientes, qué haces y el grado de malestar” (Función instructora).*

3.9.5 Para el caso especial de que el terapeuta responde al cliente con discriminativa el modificador que utilizaremos será sin indicar.

II. SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL CLIENTE (SISC-CVC)

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORIAS INCLUIDAS

Proporcionar información. (*Categoría evento*) Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento.

Solicitar información. (*Categoría evento*) Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.

Mostrar aceptación. (*Categoría evento*) Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.

Mostrar desacuerdo. (*Categoría evento*) Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.

Emitir verbalizaciones de logro. Verbalizaciones del cliente que señalan la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo.

Emitir verbalizaciones de fracaso. Verbalizaciones del cliente que señalan la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo.

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

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

Verbalización de reacciones emocionales. Emisión por parte del cliente de una respuesta emocional acompañada de la verbalización que se da en ese momento haga referencia o no a dicha reacción emocional.

Seguir instrucciones. (*Categoría evento*) Conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas por el terapeuta.

- **Dentro de sesión:** Cuando la verbalización se refiere a una instrucción que ha sido presentada inmediatamente antes por el terapeuta.

- Fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción o pauta presentada con anterioridad a la última verbalización del terapeuta.
 - Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a algún tema relacionado con la predicción de la consecución de la tarea.
 - Descripción de pautas realizadas en el pasado (pero una vez iniciada la terapia y pautadas por el terapeuta) (revisar todas estas definiciones)

No seguir instrucciones. (*Categoría evento*) Conducta verbal del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta.

- Dentro de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción que ha sido presentada inmediatamente antes por el terapeuta.
- Fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción o pauta presentada con anterioridad a la última verbalización del terapeuta.

Otras. (*Categoría evento*) Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

2. COMENTARIOS GENERALES

2.1 Conducta a categorizar. Únicamente se categorizará el comportamiento verbal del cliente y nunca la conducta no verbal, como las risas que tienen lugar en algunos momentos de la terapia. Sin embargo, al igual que en el caso del terapeuta, sí se atenderá al tono con el que el cliente acompaña sus verbalizaciones, pues en algunos casos podría alterar el significado de las mismas.

Sólo se registrará la conducta verbal del cliente (excepto en las ocasiones en las que asentimientos de cabeza u otras conductas no verbales constituyan respuestas del cliente a preguntas del terapeuta). En las ocasiones en las que la conducta verbal del cliente aparezca en mitad de verbalizaciones largas del terapeuta, se priorizará la categorización de este último. A excepción de que la verbalización del cliente incluya un verbo con valor predicativo, en concreto, un verbo que exprese una acción (excluyendo todas las expresiones en infinitivo, gerundio y participio y aquellas expresiones de asentimiento que incluyen verbo sin implicar acción, como por ejemplo: “*Eso es*”).

Como excepción a este último punto, hay que señalar que en las ocasiones en las que la verbalización del cliente modifique el discurso del terapeuta, aunque dicha verbalización no esté expresada con un verbo en valor predicativo, será siempre registrada.

2.2 Criterios generales de categorización.

Cuando no se oye una respuesta por parte del cliente o no se ve su cabeza y queda claro por la respuesta del terapeuta que ha contestado en un sentido, se registrará esta supuesta conducta del cliente.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Estás de acuerdo con lo que te he explicado?”*
- *Cliente: (no se ve ni se oye nada por su parte) (Mostrar aceptación)*
- *Psicólogo: “Claro, es que es eso, es que como yo te decía...”*

Hay que prestar especial atención a situaciones en las que los clientes utilizan expresiones interrogativas, no dejándonos guiar por la forma sino por el contenido. Por ejemplo, podría ser que una pregunta del cliente al terapeuta no se tuviera que categorizar como *Solicitar información*. Por ejemplo, en el siguiente diálogo sería *Mostrar desacuerdo*:

- *Psicólogo: “A lo mejor no fue un olvido sino una incapacidad”.*
- *Cliente: “¿Realmente crees que era una incapacidad?”(Mostrar desacuerdo)*

Al igual que en el caso del terapeuta, registraremos el inicio de las verbalizaciones del cliente cuando éste empiece a emitir verbalizaciones con significado, nunca cuando emite sonidos como “mmm”.

Si hay una pausa (silencio) entre dos verbalizaciones del cliente, sin que el terapeuta haga nada mientras, pueden ocurrir dos cosas:

- Que las dos verbalizaciones, la anterior y la posterior a la pausa, sean la misma. En ese caso la registraremos una sola vez.
- Que las dos verbalizaciones, la anterior y la posterior a la pausa, sean distintas. En ese caso registraremos las dos en su momento de aparición.

Antes y después de las categorías: Refuerzo conversacional u Otras, se mantendrá la misma categoría, a no ser que en el momento en que se emite esa breve verbalización del terapeuta, se modifique el contenido de la verbalización del cliente. En caso de que la verbalización posterior del cliente se interrumpiese se categorizaría como Otras.

Después de un discriminativo fallido en el que el cliente continúe con lo anterior o responda a otra cosa, se registrarán esos contenidos aunque sepamos que no son la respuesta a ese discriminativo.

A menudo nos surge la duda cuando nos encontramos con un castigo antes de un estado del terapeuta de si debemos o no registrar verbalización del cliente en medio. La decisión que tomamos es que, a no ser que claramente no se escuche nada por parte del cliente, siempre registraremos lo que se estuviera escuchando antes.

2.3 Tipos de categorías. Todas las categorías de la conducta verbal del cliente son *categorías evento*, es decir, solamente hay que registrar la ocurrencia de las mismas y se registrará siempre al inicio de la verbalización.

3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN

3.1. Proporcionar información:

3.1.1 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 *Proporcionar información*.

3.1.2 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 se, no quiero pensarlo*” registraremos *Proporcionar información*.

3.1.3 En algunas ocasiones se podría confundir la categoría *Proporcionar información* con *Mostrar aceptación* y *Mostrar desacuerdo*. Los acuerdos desarrollados al respecto de estas diferencias se encuentran en los apartados correspondientes a estas últimas categorías.

3.2. Solicitar información:

3.2.1 Se registrará siempre esta categoría, independientemente del grado de elaboración de la frase que emita el cliente.

3.2.2 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?” (Solicitar información)
- Psicólogo: “¿Que si eso es de malas personas?”
- Cliente: “No, que si va en la persona” (Solicitar información).

3.2.3 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 *Solicitar información*.

3.2.4 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 *Solicitar Información*, añadiendo en la columna de comentarios que se trata de este caso en concreto.

3.2.5 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.

3.3. *Mostrar aceptación:*

3.3.1 Al igual que en el sistema *SISC-CVT* del terapeuta consideramos *Función de refuerzo* la verbalización de éste que repite lo que ha dicho el cliente; en este subsistema de la conducta verbal del cliente, se categorizaría como *Mostrar aceptación* si éste repite lo que ha dicho el terapeuta.

3.3.2 Acordamos para el caso de los enlaces conversacionales que: al contrario de lo que se dijo para el terapeuta, para el cliente sí se categorizarán como *Mostrar aceptación* todos los enlaces conversacionales. Se hará así con independencia de si están separados de la frase siguiente con un punto, con una coma o con un pero.

Ejemplo:

- Psicólogo: “Bueno. (Lee de nuevo una parte del texto) Considero que su trayectoria desde los comienzos ha sido excepcional”
- Cliente: “Ya (Mostrar Aceptación), yo no sé lo que diría de los demás, o sea que no sé si estoy por encima de la media”

3.3.3 Acordamos que la verbalización “Bueno...” a principio de frase por parte del cliente, será registrado como *Aceptación*.

3.3.4 En los casos en los que la verbalización del cliente vaya después de una categoría con función: *Informativa, Motivadora, Discriminativa indicando o Refuerzo conversacional* se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- En las ocasiones en las que empiece con un “Ya, pero...” y argumente a favor o en contra de la verbalización anterior del terapeuta actuaremos como se acuerda en el punto 3.5. Sin embargo, en los casos en los que la verbalización del cliente vaya al margen de lo que dice el terapeuta sin tener nada que ver, se registrarán estos “Ya”, “Bueno”, “Sí, sí...”, “No...” como *Aceptaciones o Desacuerdos*.

3.3.5 En ocasiones, durante el discurso del terapeuta el cliente hace un comentario al hilo de lo que dice el terapeuta y, puesto que este comentario es elaborado (incluye verbo), sí se pararía el discurso del terapeuta y habría que categorizar ese comentario del cliente como *Mostrar aceptación*. Muchas

veces estos comentarios consisten en anticiparse un poco a lo que el terapeuta va a decir y completar su frase.

Ejemplo:

- Psicólogo: *“Tienes que entender que si él no ha aprendido en su casa que tiene que recoger después de terminar de comer, entonces él considera que lo normal es no recoger...”*
- Cliente: *“y que lo haga otro”* (Mostrar aceptación)
- Psicólogo: *“...puesto que lo aprendió desde pequeño y tú no le has enseñado tampoco lo contrario”*

3.3.6 En los casos en los que el cliente repita lo mismo que ha dicho el terapeuta o termine la verbalización de éste, se registrará *Aceptación*, a excepción de aquellas ocasiones en las que el contenido de lo que repita o termine el cliente, pertenezca a las categorías *Bienestar, Malestar, Logro o Fracaso*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *“Ese es el momento en el que te vas...”*
- Cliente: *“...Sintiendo fatal”* (Malestar y no Mostrar Aceptación)

3.3.7 Si el cliente emite verbalizaciones del tipo: *“Sí estoy de acuerdo”* *“Tienes razón”* *“Entiendo perfectamente lo que dices”* o cualquier verbalización que exprese de forma tan clara el acuerdo con el terapeuta se registrará siempre como *Aceptación* aunque aparezca a mitad de una verbalización larga del cliente.

3.4. *Mostrar desacuerdo:*

3.4.1 Además de los desacuerdos claros con el terapeuta, se categorizarán como *Mostrar desacuerdo* las verbalizaciones del cliente que están sin finalizar, pero que indican desacuerdo, aún sin terminar de explicar sus razones.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Bien. Voy a volver a hacerte la pregunta porque lo único que quiero es que me contestes un sí contundente, fíjate*”
- Cliente: “*Pero es que no sé, es que yo no veo...*”(Mostrar desacuerdo)
- Psicólogo: “*Bueno, pues vamos a volver a repetirlo hasta que...*”

3.4.2 Si el cliente repite lo mismo que ha dicho el terapeuta pero negándolo, dicha verbalización se categorizará como *Mostrar desacuerdo*. Esto será así independientemente de la categoría del terapeuta que vaya antes.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Culpable quizás...*”
- Cliente: “*Bueno, culpable a lo mejor no sería la palabra...*”
(Mostrar desacuerdo)

3.4.3 Las verbalizaciones como “*No me refiero a eso*” se registrarán como *desacuerdo*.

3.5. *Mostrar acuerdo y desacuerdo vs. Proporcionar información:*

3.5.1 Se acuerda que en los casos en los que la verbalización del terapeuta se categorice como *Función discriminativa indicando la dirección de la respuesta* o como *Función informativa, motivadora o instructora*, una respuesta del cliente que incluya información sobre el acuerdo o el desacuerdo con ello, aunque se pudiera considerar *Proporcionar información*, se priorizará la categoría *Mostrar aceptación o desacuerdo*.

Ejemplos:

- Psicólogo: “*¿Y tú no crees que tienes ningún valor?*” (Función discriminativa indicando)
- Cliente: “*Nada especial*” (Mostrar desacuerdo, no Proporcionar información)
- Psicólogo: “*No, no, no, no soy capaz de calificar una conducta tan extraña como buena o mala, ni siquiera creo que yo tendría la capacidad para hacerlo, es buena o mala en la medida en que a uno le resulte conveniente y a vosotras está claro que sí os resulto, o sea que eso era lo que teníais que hacer, cumplíais con vuestra responsabilidad (Función informativa), pero ¿tú crees que es una, no te has planteado que no es una conducta habitual?*” (Función discriminativa indicando)
- Cliente: “*No, no me lo he planteado*” (Mostrar desacuerdo, no Proporcionar información)

- Psicólogo: “*Tenéis que reducir el número de llamadas a las que él te llame... o a las que quieras tú llamar pero asumiendo que no te lo va a coger o te va a colgar...* ”(Función Instructora)
- Cliente: “*No, sí, sí, lo asumo, forma parte de él...*” (Mostrar Aceptación, no Proporcionar Información)

3.5.2 Por otra parte, hay veces en que la verbalización del terapeuta categorizada como *Función de refuerzo conversacional* provoca una respuesta del cliente en la que éste muestra su acuerdo o no con ello y, por tanto, en estos casos también se priorizaría la categoría *Mostrar aceptación o desacuerdo sobre Proporcionar información*.

Ejemplo:

- Cliente: “*Lo pasé mejor de lo que yo creía*”
- Psicólogo: “*Fenomenal*” (Función de refuerzo conversacional).
- Cliente: “*Sí, claro, (Mostrar aceptación) porque esto me anima bastante*” (Proporcionar información)

3.5.3 En resumen, se considerará *Mostrar aceptación o desacuerdo* la verbalización del cliente que responda a una intervención por parte del terapeuta en la que se le pide que muestre su acuerdo o desacuerdo o bien cuando no se le indique claramente pero él lo exprese tras una verbalización del terapeuta con *Función discriminativa indicando, Función informativa, motivadora o instructora* (muchas veces el cliente mostrará aceptación o desacuerdo en forma de argumentos o contraargumentos para apoyar lo que el terapeuta ha dicho) o *Función de refuerzo conversacional*.

3.5.4 Hay ocasiones en que después de la categoría *Otras* del terapeuta podría darse la categoría *Mostrar desacuerdo* o *aceptación* por parte del cliente, puesto que la categoría *Otras* puede incluir una variedad de contenidos. Sin embargo, esto no significa que siempre haya que atender a esto después de la categoría *Otras*, tal como ocurre en los otros casos en los que hemos considerado prioritario registrar *Mostrar acuerdo/desacuerdo* en lugar de *Proporcionar información*.

3.5.5 De la misma manera, después de la categoría *Función de castigo* del terapeuta sólo registraremos *Aceptación* o *Desacuerdo* en aquellos casos en los que se verbalice explícitamente el acuerdo o el desacuerdo (“*Sí, tienes razón*”, “*Pues yo no estoy de acuerdo*”...) sin atender si el contenido del cliente va a favor o en contra de lo que acaba de decir el terapeuta.

3.5.6 Sólo se registrará *Mostrar aceptación* o *desacuerdo* como respuesta a la verbalización previa del terapeuta y nunca como acuerdo o aceptación con el tema general de la sesión.

3.5.7 En los casos en los que la pregunta del terapeuta es de dos opciones (“*¿eres buena o mala?*”), la respuesta del cliente optando por una de las opciones se categorizará como *Proporcionar información* y no *Mostrar aceptación* o *desacuerdo*.

3.5.8 Para clarificar las posibles dudas entre estas categorías, debemos distinguir 5 situaciones:

- *Mostrar aceptación:* el cliente muestra un claro acuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo, con palabras que denoten aceptación, o bien completando la frase del psicólogo o repitiendo lo que ha dicho el psicólogo con las mismas palabras, más o menos, sin añadir nada cualitativamente diferente.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa...*”
- Cliente: “*Totalmente de acuerdo*” (Mostrar aceptación)

- *Mostrar desacuerdo:* el cliente muestra un claro desacuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo, con palabras que denoten desacuerdo.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa...*”
- Cliente: “*No creo que eso sea así*” (Mostrar desacuerdo)

- *Proporcionar información:* el cliente aporta información para la evaluación o el tratamiento pero sin que sus palabras indiquen aceptación o desacuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa...*”

- Cliente: *“En mi casa pasaba lo mismo, que mi madre siempre hizo las cosas ella y no nos enseñó nunca”* (Proporcionar información)

- *Mostrar aceptación + Proporcionar información:* el cliente muestra acuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo y, al mismo tiempo, añade información extra para la evaluación o el tratamiento. Muchas veces dice algo así como *“Ya, pero...(información)”* y, para diferenciar si esto significa aceptación o desacuerdo (puesto que parece que serían siempre *Mostrar aceptación* o *desacuerdo* “parciales”), nos fijaremos en si la información que viene después argumenta (*Mostrar aceptación*) o contraargumenta (*Mostrar desacuerdo*) en relación con la verbalización del terapeuta.

Ejemplos:

- Psicólogo: *“Si te das cuenta son situaciones en las que piensas que no podrías salir...o que se te dificultaría ese tema”*
- Cliente: *“Por ejemplo, estando en un restaurante en vez de estar en el fondo es mejor estar en la entrada”* (Mostrar aceptación + Proporcionar información)

- Psicólogo: *“Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa...”*
- Cliente: *“Desde luego que su madre hacía todo y nadie movía un dedo en su casa”* (Mostrar aceptación + Proporcionar información)

Cuando el cliente, después de una verbalización del terapeuta categorizada como *Función de preparación informativa*, empieza su frase con “*ya, pero*” y después da datos para aclarar que eso es lo que le ocurre, no se consideraría que esta información es un contraargumento, sino una información que aporta el cliente sobre el tema. Por tanto, se marcaría *Mostrar aceptación* (y no desacuerdo) seguido de *Proporcionar información*.

Ejemplo:

- Psicólogo: “*Hacer eso lo único que produce es que el problema se mantenga en el tiempo porque consolidas tu imagen negativa de ti misma*”
 - Cliente: “*Ya, pero eso lo hago también en el trabajo, en mi vida personal, total, en todos sitios*” (Mostrar aceptación + Proporcionar información)
 - Psicólogo: “*Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa...*”
 - Cliente: “*Ya, pero si te fijas a todos sus hermanos les ocurre lo mismo y seguro que tiene que ver con eso, con que no les han enseñado*” (Mostrar aceptación + Proporcionar información)
- *Mostrar desacuerdo + Proporcionar información*: el cliente muestra desacuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo y, además, añade información extra para la evaluación o el tratamiento. Muchas veces dice algo así como “*Ya, pero...(información)*” y, para diferenciar si esto significa aceptación o desacuerdo (puesto que parece que serían siempre

Mostrar aceptación o *desacuerdo* “parciales”), nos fijaremos en si la información que viene después argumenta (*Mostrar aceptación*) o contraargumenta (*Mostrar desacuerdo*) en relación con la verbalización del terapeuta.

Ejemplos:

- Psicólogo: “*Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa...*”
- Cliente: “*Ya, pero su hermano sí que ha aprendido y los dos han vivido en la misma casa*” (*Mostrar desacuerdo* + *Proporcionar información*)
- Psicólogo: “*Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa...*”
- Cliente: “*Pues su hermano sí que sabe hacer cosas desde pequeño*” (*Mostrar desacuerdo* + *Proporcionar información*)

En estos dos últimos casos (d y e) en los que el cliente primero muestra *aceptación/desacuerdo* y luego, además, añade información, el criterio para considerar que añade información es que ésta sea cualitativamente diferente con respecto a la *aceptación/desacuerdo*, pues cuando no se añade nada cualitativamente diferente a la propia *aceptación* o *desacuerdo*, sólo se registrará como *Mostrar aceptación/desacuerdo*.

Ejemplo en que sólo se registraría *Mostrar aceptación*:

- Psicólogo: “*¿Crees que haces bien tu trabajo?*”

- Cliente: “*Sí*” (Proporcionar información)
- Psicólogo: “*No, ese sí dubitativo no me sirve. Volvemos a empezar*”
- Cliente: “*Sí, sí, sí lo creo*” (Mostrar aceptación, no Proporcionar información porque “sí lo creo” no añade nada a “sí, sí”)

Ejemplo en que se registraría *Mostrar aceptación + Proporcionar información*:

- Psicólogo: “*¿Qué bien, no?*”
- Cliente: “*Sí, es bonito*” (Mostrar aceptación + Proporcionar información porque “es bonito” añade información con respecto a “sí (qué bien)”).
- Psicólogo: “*El motivo para que estés así tiene que ver con tus pensamientos*”
- Cliente: “*Sí, lo se*”
- Psicólogo: “*El motivo para que estés así tiene que ver con tus pensamientos*”
- Cliente: “*Sí, pero no puedo evitarlo*”

Ejemplo en el que se registraría primero *Mostrar desacuerdo* y después *Proporcionar información*:

Ejemplo:

- Psicólogo: “*¿No crees que tu reacción fue excesiva?*”
- Cliente: “*No lo sé (Mostrar desacuerdo) pero no me dijo nada*” (Proporcionar información)

Como resumen de las 5 posibilidades para diferenciar *Mostrar aceptación/desacuerdo* y *Proporcionar información*: se registrarán sólo las categorías aisladas cuando claramente y solamente se muestre acuerdo, desacuerdo o se proporcione información, pero cuando el cliente contraargumenta o apoya los argumentos del terapeuta y da lugar a dudas, registraríamos ambas categorías. Creemos que tiene sentido categorizarlo de esta manera, pues no es lo mismo decir que no estás de acuerdo que decirlo presentando un argumento en contra o a favor y esta diferencia se tiene que reflejar en la categorización que se realice. Por ejemplo, los dos ejemplos siguientes no son iguales:

- Psicólogo: “*Santi no hace cosas en casa porque no le han enseñado*”
- Cliente: “*No estoy de acuerdo*” (Mostrar desacuerdo)

- Psicólogo: “*Santi no hace cosas en casa porque no le han enseñado*”
- Cliente: “*Pues su hermano sí que hace cosas en casa desde pequeño*” (Mostrar desacuerdo + Proporcionar información)

3.5.9 A la hora de marcar los tiempos en que se dan las categorías *Mostrar aceptación/desacuerdo* y *Proporcionar información* cuando se dan las dos seguidas, se hará lo siguiente:

- Cuando se pueda diferenciar claramente el inicio de ambas, marcar los dos inicios en el momento en que se dan.

Ejemplos:

- Cliente: “(Mostrar desacuerdo) *Ya, pero* (Proporcionar información) *no tengo claro que las cosas fueran como tú dices*”

 - Cliente: “(Mostrar desacuerdo) *Hombre, yo no bebía tanto como tú dices, la verdad,* (Proporcionar información) *porque lo que ocurría es que cuando salía con mis amigas a veces bebía pero cuando estaba en casa nunca lo hacía*”
-
- Cuando no se puedan diferenciar claramente el inicio de ambas categorías, marcar los dos inicios uno seguido del otro al principio de toda la verbalización, siempre dejando un pequeño intervalo de menos de un segundo para que el programa *The Observer* los considere categorías diferentes.

Ejemplo:

- Cliente: “(Mostrar desacuerdo) / (Proporcionar información) *Aquí no estás teniendo en cuenta que él no aprendió pero su hermano sí aprendió; desde pequeñito le enseñaron a ayudar en casa y ahora mismo saber hacer de todo, incluso cocina, plancha, ...*”

3.5.10 Sobre este tema, no se nos puede olvidar que puede ocurrir que el cliente muestre aceptación claramente y después desacuerdo, y entonces

tendríamos que señalar las categorías *Mostrar aceptación* y luego *Mostrar desacuerdo*.

Ejemplo:

- Cliente: “ (Mostrar aceptación) *Sí, sí, totalmente de acuerdo, entiendo perfectamente todo lo que me has explicado*, (Mostrar desacuerdo) *sin embargo, hay una parte que no comparto*”.

3.5.11 Existen casos de verbalizaciones muy largas del cliente que primero se categorizarían como *Mostrar aceptación* y después *Mostrar desacuerdo* + *Proporcionar información*. Habría que señalar las tres categorías, en función de los acuerdos que existen sobre el tema.

Ejemplo:

- Cliente: “(Mostrar aceptación) *Sí, sí, totalmente de acuerdo, entiendo perfectamente todo lo que me has explicado*, (Mostrar desacuerdo + Proporcionar información) *pero lo que él hizo fue justo lo contrario de lo que dices porque se comportó de una manera totalmente irresponsable*”

3.5.12 En ocasiones, después de mostrar su aceptación y luego su desacuerdo y proporcionar información, el cliente vuelve a mostrar su aceptación de nuevo. Si es una frase suelta dentro del desacuerdo + información, no se registraría, pero creemos que si es de nuevo una frase extensa sobre su acuerdo con parte de la última verbalización del terapeuta, entonces se volvería a señalar la categoría *Mostrar aceptación*. Cuando se termine esta

nueva aceptación, si sigue con *Mostrar desacuerdo + Proporcionar información*, se volvería a registrar así.

3.5.13 Cuando la verbalización del cliente se registra como *Mostrar aceptación* o *desacuerdo + Proporcionar información* y el terapeuta introduce entre medias una pequeña verbalización categorizada como *Función de refuerzo conversacional* u *Otras*, entonces después de ello no se registrará de nuevo *Mostrar aceptación/desacuerdo + Proporcionar información* sino sólo *Proporcionar información*.

3.5.14 Una última anotación sobre el tema: tal como se ha recogido previamente, cuando el cliente se anticipa y termina las verbalizaciones del psicólogo, esto se considera *Mostrar aceptación*. Hay ocasiones en las que la frase con la que termina es un poco larga y consiste en redundar en la misma idea. En estos casos también se categorizaría como *Mostrar aceptación*, no *Proporcionar información*, a no ser que se ponga a ejemplificar algo de lo que ha dicho. Incluso, aunque el terapeuta intervenga entre medias con la *Función refuerzo conversacional* o una verbalización categorizada como *Otras*, se continuaría la verbalización del cliente como *Mostrar aceptación*.

Un ejemplo para que se vea el límite entre *Mostrar aceptación* y *Proporcionar información*:

- Psicólogo: “*Los niños son muy listos, vamos, que son unos...*”
- Cliente: “*Manipuladores, vamos...*” (Mostrar aceptación)

- Psicólogo: “*Sí, total*”
- Cliente: “*Que sí, que saben conseguir lo que buscan*” (Mostrar aceptación)
- Psicólogo: “*Exacto*”
- Cliente: “*Además, es lo que dicen mis amigos, que todos los que tienen hijos están cansados porque quieren todo lo que ven, etc.*” (Proporcionar información)

3.5.15 Por otra parte, ante preguntas como “*¿me entiendes?*”, “*¿sabes?*” o “*¿no sé si me explico?*”, “*¿eso lo tienes claro?*” una respuesta afirmativa o negativa del cliente se consideraría *Proporcionar información*. En preguntas, sin embargo, como por ejemplo “*¿de acuerdo?*”, “*¿no?*”, “*¿es así?*”, “*¿te parece bien?*” “*¿verdad?*”, “*¿vale?*” o “*digo, si te parece...*” una respuesta afirmativa se considerará *Mostrar aceptación* y una negativa *Mostrar desacuerdo*.

Ejemplos:

- Psicólogo: “*(...) Es verdad que las circunstancias del contexto favorecen un determinado tipo de consecuencias pero no quiere decir que sean las únicas ni que tú tengas que elegir esas, ¿de acuerdo?*”
- Cliente: *(asiente con la cabeza)* (Mostrar aceptación)
- Psicólogo: “*(...)Es decir, tú ya no estás en un ambiente triste, ya no estás en un ambiente en el que te tienes que proteger, ya no estás en un ambiente de indefensión, sin embargo, sigues sintiendo, te sigues comportando como si estuvieses en ese*

ambiente. ¿Por qué? porque no has aprendido otras cosas, ¿me entiendes?”

- Cliente: *(asiente con la cabeza)* (Proporcionar información)

3.5.16 En los casos en los que se den dos de estos de discriminativos seguidos y pertenezcan a tipos de preguntas diferentes nos guiaremos por el último que aparezca para decidir el registro del cliente.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Eso también lo sabes ¿no?*
- Cliente: *Sí* (Mostrar aceptación)

3.5.17 Como se ha especificado ya, cuando el terapeuta pregunta el cliente cosas como “*¿me entiendes?*”, una respuesta como “*sí*” o “*no*” se consideraría *Proporcionar información*. Sin embargo, hay veces que en lugar de contestar esto, el cliente contraargumenta y esto se consideraría *Mostrar desacuerdo* (o también podría ser *Mostrar aceptación*, si se diera el caso).

3.5.18 En los casos en los que haya duda entre aceptación/ desacuerdo con o sin proporcionar información en los que la cosa se complique todavía más porque no entendamos bien lo que dice el cliente acordamos ser muy restrictivas.

Ejemplo:

- Después de cualquier estado del terapeuta.

- Cliente: *Sí...* (verbalización que no entendemos)
- Psicólogo: *Exacto*

Aunque ese exacto nos de pie a pensar que algo diferente puede haber dicho el cliente la solución más lógica es que en estos casos registremos sólo lo que oímos y eso es sólo aceptación.

3.6. Malestar:

3.6.1 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

3.6.2 En esta categoría también incluimos las verbalizaciones en las que el cliente anticipa su padecimiento ante algo.

- Ejemplo: Ante la pregunta del psicólogo ¿Vas a hacer esto? El cliente responde: “*Me voy a sentir fatal*”.

3.6.3 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 abruma
- Estoy bloqueada
- Estoy desencantada
- Lo estoy pasando mal
- Me agobio
- Me cuesta...
- No disfruto
- No estoy bien
- Me molesta
- Me siento culpable
- Me da miedo
- Sentí una sudoración
- Empecé a notar una taquicardia...
- Me molesta
- Voy con miedo
- Me frustra
- Me siento solo
- Me da rabia
- Me siento mal

- Me siento triste
- Me siento insegura
- Me resulta incómodo
- Siento rechazo
- Estoy cansada
- Me afecta
- Estoy desganada
- Estoy apática
- Estoy avergonzada
- Estoy atascada
- Estoy estresada
- Me da pánico
- Lo paso fatal
- Me pongo como una moto

3.6.4 Hay veces en que se confunde la categoría *Malestar* con *Mostrar desacuerdo* + *Proporcionar información*, puesto que puede ocurrir que el tono no parezca de *Malestar* pero el contenido sí lo sea. En todos los casos habría que priorizar *Malestar* frente a la otra opción.

3.6.5 Ante preguntas del tipo ¿Qué tal? ¿Cómo ha ido la semana?, etc., el hecho de que el cliente conteste con verbalizaciones que se refieren claramente al *Malestar* y al padecimiento que ha sufrido nos decantaremos por la categoría *Malestar* frente a *Proporcionar información*.

Ejemplo:

- Psicólogo: ¿Qué tal la semana?

- CASO 1- Cliente: *Mal* (Proporcionar Información)
- CASO 2- Cliente: *Muy mal, he estado fatal, muy triste...*
(Verbalización de malestar)

3.6.6 Como excepción a los criterios generales del registro de esta categoría señalamos que, en el caso concreto en el que la pregunta del terapeuta incluya los contenidos típicos que registramos como *Malestar* en el cliente, el hecho de que este último responda un Sí será registrado como *Malestar*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Lo pasaste realmente mal cuando te expusiste a la situación?*
- Cliente: *Sí* (Verbalización de malestar)

3.6.7 Cualquier verbalización sobre el padecimiento del cliente referida al pasado no se registrará como *Malestar*. Para ayudarnos respecto a los tiempos verbales registraremos como *Malestar* aquellas verbalizaciones en las que el contenido de lo que dice sea algo que a día de hoy les afecte.

Ejemplo:

- Cliente: *“En su momento Pilar, que me cabreaba un montón, me pegaba tres berridos...”* (Proporcionar Información)

3.6.8 Muchas veces tenemos problemas al diferenciar la categoría *Proporcionar Información* con *Malestar*, sobre todo en los casos en los que dudamos con *Malestar* por contenido. En general, en estos casos, priorizaremos el

Malestar al *Proporcionar Información* aunque debemos discriminar bien que el cliente esté valorando de manera negativa su estado actual haciendo referencia a su padecimiento. Por ejemplo en la frase: “*No es una situación de las más cómodas*” el cliente únicamente describe la situación, no su estado, por lo que deberíamos registrar *Proporcionar Información* y no *Malestar*.

3.6.9 Cuando en las verbalizaciones en las que se detecta *Malestar* encontramos alguna expresión en condicional hay que diferenciar lo siguiente:

- Si expresa en condicional la opción de hacer algo pero asegura que si lo hiciera se sentiría mal registraremos *Malestar*.

Ejemplo:

Cliente: “*Si subiera me sentiría fatal*”

(Verbalización de bienestar)

- Si expresa en condicional la opción de que haciendo algo se sienta o no mal registraríamos *Proporcionar información*.

Ejemplo:

Cliente: “*... y no subo porque me sentiría*

fatal” (Proporcionar Información)

3.6.10 Cualquiera de los contenidos de *Malestar* verbalizados por el cliente serán registrados como tal aunque estén expresados con adverbios de cantidad del tipo “*Un poco...*”

3.6.11 Hay que tener cuidado con algunas frases que incluyen contenidos de *Malestar* como por ejemplo: “*Ahora también me pongo nerviosa pero lo se controlar*”. Es muy difícil hacer criterios operativos para este tipo de frases pero hay que fijarse que categoría tiene más peso cuando más de una interfiere y en este caso sería *Proporcionar información*.

3.6.12 No son *Malestar* frases del tipo: “*Tengo un problema con...*”
“*Tengo fobia...*”

3.7. Fracaso vs. Malestar.

3.7.1 Puede ocurrir que nos encontremos ante verbalizaciones del tipo “*no puedo*” que nos hagan dudar entre estas dos categorías. En principio si el cliente expresa un *No puedo* relacionado con los objetivos terapéuticos una vez iniciado el registraríamos *Fracaso*. Pero si el *No puedo* se relaciona con las tareas o con la desesperación e impotencia de lo que *no puede* registraríamos *Malestar*.

3.8. Fracaso.

3.8.1 Otra tipo de verbalizaciones de *Fracaso* serían aquellas en las que el cliente haga referencia explícita a que está retrocediendo.

3.8.2 Si dentro de una verbalización de *Fracaso* el cliente pone un ejemplo en el que manifiesta claramente ese fracaso lo registraríamos dentro de esta categoría y no lo fragmentaríamos con *Proporcionar Información*.

Ejemplo:

Cliente: “*Me siento incapaz igual que con mis compañeras de trabajo cuando llegan tarde, soy incapaz de hacerle frente...*”

3.8.3 La verbalización de *Logro* y *Fracaso* puede darse desde la primera sesión teniendo en cuenta que, además de las conductas más o menos adaptativas relacionadas con los objetivos terapéuticos enunciados en el análisis funcional, en las sesiones de evaluación puede darse la anticipación tanto de *Logro* como de *Fracaso*.

3.8.4 Como excepción a los criterios generales del registro de esta categoría señalamos que, en el caso concreto en el que la verbalización del terapeuta sea, o bien una motivadora que explicita la posibilidad de cambio (*Lo vamos a conseguir*), o bien una discriminativa que le pregunte por las expectativas del cambio (*¿Crees que podrás conseguirlo?* o por el contrario *¿Crees que no cambiarás?*), el hecho de que el cliente responda de manera negativa o desacorde con las expectativas o posibilidades del cambio aunque no lo verbalice de manera explícita será registrado como Verbalización de *Fracaso*.

3.9. Logro.

3.9.1 Esta categoría incluye las verbalizaciones que hacen referencia a logros terapéuticos o a la situación que el cliente está viviendo o prevé que llegará en el futuro como fruto de sus logros terapéuticos o debido a cualquier otra circunstancia.

Ejemplo:

- Cliente: *“Sobre ese tema estoy contenta porque lo estoy llevando fenomenal”* (Logro)

3.9.2 Ampliamos esta categoría a verbalizaciones en las que el cliente haga alusión de alguna manera a la posibilidad de llevar algo a cabo (terapéutico) que antes no era capaz de realizar.

Ejemplo:

- Cliente: *“Pero me lo tomo de otra manera”*.

3.9.3 Como excepción a los criterios generales del registro de esta categoría señalamos que, en el caso concreto en el que la verbalización del terapeuta sea, o bien una motivadora que explicita la posibilidad de cambio (*Lo vamos a conseguir*), o bien una discriminativa que le pregunte por las expectativas del cambio (*¿Crees que podrás conseguirlo?, ¿Crees que cambiarás?*), el hecho de que el cliente responda de manera positiva o acorde con las

expectativas o posibilidades del cambio aunque no lo verbalice de manera explícita será registrado como verbalización de *Logro*.

- Psicólogo: *Que te ponga a ti la medalla porque lo vamos a conseguir* (Motivadora)
- Cliente: *Eso espero* (Verbalización de Logro)

- Psicólogo: *¿Crees que podrás conseguirlo?*(Discriminativa)
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Logro)

- Psicólogo: *¿Has aumentado las interrelaciones con la gente tanto las que parten de ti como las que te proponen?*(Discriminativa)
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Logro)

- Psicólogo: *¿Has mejorado tu estado de ánimo general?*(Discriminativa)
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Logro)

- Psicólogo: *¿Sonríes más?*(Discriminativa)
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Logro)

3.9.4 Debemos concebir el *Logro* y el Fracaso para consecuciones o no consecuciones desde el inicio de la terapia, no cosas que lograra en el pasado.

3.9.5 Si pone en comparación la consecución de dos objetivos terapéuticos señalando que los dos han avanzado, aunque uno más que otro, señalar *Logro* y no fragmentar con *Proporcionar información*.

3.9.6 Después de verbalizaciones largas de *Logro/ Fracaso/ Bienestar/ Malestar* y en continuación con el punto anterior acordamos que hay que decidir el peso global de cada verbalización y marcar sólo una de estas categorías aunque dentro de ella haga ligeras referencias a la categoría contraria. “*Lo he conseguido, me he quitado el miedo, me noto mucho mejor aunque en la calle pase todavía un poco de miedo*”. La única excepción a este criterio sería que dijera algo muy diferente y exclusivo de la categoría contraria. “*Por ejemplo ayer que fui a comprar todo y fenomenal, estaba muy bien... pues hoy por ejemplo por la mañana que me he puesto mas nerviosa me ha dado por pensar “Ay con lo bien que estaba yo... estoy retrocediendo”*”

3.9.7 Si dentro de una verbalización de *Logro* el cliente pone un ejemplo en el que manifiesta claramente ese logro lo registraríamos dentro de esta categoría y no lo fragmentaríamos con *Proporcionar información*.

- Cliente: “*Antes sentía que no podía hacer por todo el mundo tanto como ellos conmigo, ahora me pasa pero no tanto, no siento que le deba ya a todo el mundo nada, por ejemplo con una chica en el trabajo que tampoco es que me apetezca hablar con ella, porque no se... es un poco simple y...claro yo antes me sentía fatal por rechazar gente pero ahora pienso... bueno es que tampoco pasa nada... no todo el mundo nos tenemos porque llevar bien y conectar todo el mundo*” (Todo esto sería Verbalización de Logro, no habría que fragmentar con Proporcionar Información el ejemplo de la chica del trabajo)

3.9.8 Verbalizaciones en las que el cliente afirme que “*ha avanzado*” también serán registradas como Logro.

3.9.9 La verbalización de *Logro* y *Fracaso* puede darse desde la primera sesión teniendo en cuenta que, además de las conductas más o menos adaptativas relacionadas con los objetivos terapéuticos enunciados en el análisis funcional, en las sesiones de evaluación puede darse la anticipación tanto de *Logro* como de *Fracaso*.

3.10. Bienestar.

3.10.1 Esta categoría incluye verbalizaciones del cliente que hacen referencia al estado de satisfacción o felicidad del mismo.

Ejemplo:

- Cliente: “*No me puedo quejar mucho, soy afortunado*”
(Verbalización de Bienestar)

3.10.2 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.
- Disfruto
- Estoy tranquila
- Estoy bien
- Estoy orgullosa
- Siento entusiasmo
- Me siento relajada.

3.10.3 Ante preguntas del tipo ¿Qué tal? ¿Cómo ha ido la semana?, etc., el hecho de que el cliente conteste con verbalizaciones que se refieren claramente a su felicidad y satisfacción nos decantaremos por la categoría *Bienestar* frente a *Proporcionar información*.

Ejemplo:

Psicólogo: *¿Qué tal la semana?*

CASO 1- Cliente: *Bien* (Proporcionar Información)

CASO 2- Cliente: *Excepcionalmente bien, ha sido una semana fantástica...* (Verbalización de bienestar)

Este acuerdo puede generar problemas a la hora de discernir cuando se da el Caso 1 y cuando se da el Caso 2. Para aclarar estos posibles problemas restringimos el Caso 1 únicamente a la palabra “Bien” ya que consideramos

que esta respuesta es social, pero cualquier otro tipo de contenido que haga alusión a *Bienestar* nos hará registrar como en el Caso 2.

Por ejemplo:

- Psicólogo: *¿Qué tal con la reducción del Prozac?*

(Discriminativo sin indicar)

- Cliente: *Muy bien, muy bien, muy bien, tampoco lo he notado, muy bien, muy bien.* (Verbalización de bienestar)

3.10.4 Registraremos esta categoría cuando la expresión de *Bienestar* esté relacionada con algo que en el momento presente afecte al cliente. Excepto en el caso de la anticipación de *Bienestar*, como en el ejemplo:

Ejemplo:

- Cliente: *“Estaré fenomenal”*

3.10.5 En estos casos, igual que decíamos para el *Malestar*, las verbalizaciones que en presente fueran contenidos de *Bienestar* serán también así registradas aunque se refieran al futuro.

3.10.6 Como excepción a los criterios generales del registro de esta categoría señalamos que, en el caso concreto en el que la pregunta del terapeuta incluya los contenidos típicos que registramos como *Bienestar* en el cliente, el hecho de que este último responda un “Sí” será registrado como *Bienestar*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Ha sido una semana más buena de lo normal? o ¿La vida en este momento es más agradable?*
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Bienestar)

3.10.7 Algunas expresiones nos provocan dudas a la hora de registrar o no bienestar, como por ejemplo “*Estoy bien*”. Para ayudarnos en los casos como este o en los que no haya verbo en la verbalización del cliente tendremos en cuenta la verbalización anterior del terapeuta y si en esta aparece un verbo que esté relacionado con *estar*. Algunos ejemplos:

- Cliente: “*He estado bien*” (Verbalización de bienestar)
- Psicólogo: “*El objetivo es que tú no estés mal por lo que te estás diciendo...*”
- Cliente: “*No, pues bien*” (Verbalización de bienestar)
- Psicólogo: “*¿Qué tal has estado?*”
- Cliente: “*Bien, bien... la verdad es que bien*” (Verbalización de bienestar)
- Psicólogo: “*¿Qué tal las tareas?*”
- Cliente: “*Bien, bien... la verdad es que bien*” (Proporcionar Información)

3.10.8 No debemos confundir esto con expresiones del tipo “Muy bien” en las que este contenido será registrado dentro del contexto en el que sea verbalizado. Algunos ejemplos:

- Psicólogo: “¿*Qué tal van todas tus tareas?*”
- Cliente: “*Pues muy bien, en el metro muy bien*” (Proporcionar información)

- Cliente: “*Pues me puse así a mirar, yo no miraba a la gente, yo a lo mío, mogollón de gente, y muy bien*” (Seguimiento de instrucciones)

- Cliente: “*Lo he conseguido estar sola o sea que ya fenomenal o sea que muy bien, muy bien ya me encuentro fenomenal*” (Verbalización de logro)

- Cliente: “*Veía que pasaba el autobús y dije lo cojo así que muy bien*” (Proporcionar información)

3.10.9 Cuando en las verbalizaciones en las que se detecta *Bienestar* encontramos alguna expresión en condicional hay que diferenciar lo siguiente:

- Si expresa en condicional la opción de hacer algo pero asegura que si lo hiciera se sentiría mejor registraremos *Bienestar*.
Ejemplo:
 - Cliente: “*Si subiera me sentiría fenomenal*” (Verbalización de bienestar)

- Si expresa en condicional la opción de que haciendo algo se sienta o no bien registraríamos *Proporcionar información*.

Ejemplo:

- Cliente: “Subiré y a lo mejor me siento bien” (Proporcionar Información)

3.11. Bienestar vs. Logro.

En relación a los acuerdos anteriores de *Bienestar* y de *Logro* nos planteamos la siguiente diferencia que nos ayudará a distinguir entre estas dos categorías:

3.11.1 Verbalizaciones del tipo “*Ya no me afecta*” debería ser registradas como *Logro*.

3.11.2 Verbalizaciones en las que el cliente describe una serie de conductas adaptativas sin aludir a que ha conseguido realizarlas sino aludiendo a que se ha sentido bien o no se ha sentido mal deberían ser registradas como *Bienestar*.

3.12. Seguimiento de instrucciones:

3.12.1 Se incluye en esta categoría la realización por parte del cliente de las conductas solicitadas por el terapeuta dentro (modificador *Dentro de sesión*) o fuera de sesión (modificador *Fuera de sesión*). Dentro de las

categorías Seguimiento de instrucciones Fuera de sesión nos encontramos los siguientes tipos:

- Las verbalizaciones que se refieren a temas relacionados con la predicción de la consecución de la tarea (modificador *Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión*).
- Las verbalizaciones que se refieren a la descripción de la consecución de las tareas pautadas en sesiones anteriores. (modificador *Descripción de las instrucciones realizadas*)

Ejemplos:

- a. Seguimiento de instrucciones- Dentro de sesión.
 - 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 dentro de sesión)
- b. Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas.
 - Psicólogo: *¿Has hecho el registro?* (Discriminativo)
 - Cliente: *Sí* (Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas)
 - Psicólogo: *¿Lo has traído?* (Discriminativo)
 - Cliente: *Sí... (Silencio)... Lo he traído a ordenador porque como lo iba haciendo al momento era un poco ilegible así que...* (Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas)

- Psicólogo: *Muy bien, esto es perfecto ¿eh?* (Refuerzo)
 - Cliente: *Sí, lo he puesto así y así...* (Señalando al registro)
(Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas)
 - Psicólogo: *Más claro...* (Refuerzo)
 - Cliente: *Sí*, (Refuerzo) y *más rápido...* (Silencio) (Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas)
- c. Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Anticipación del seguimiento de instrucciones.
- Cliente: *“Lo tengo que aprender y tengo la intención...”*
- d. No sería Seguimiento de instrucciones un ejemplo como el siguiente (pues el terapeuta no da una instrucción sino que emite un discriminativo):
- Psicólogo: *¿No puedes pensar nada más?* (Función discriminativa indicando)
 - Cliente: *“No”* (Mostrar desacuerdo)

3.12.2 En fragmentos como el siguiente puede aparecer la duda de que verbalizaciones se registrarían como *Proporcionar información* y que fragmentos como Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión:

- Psicólogo: *“¿Cómo crees que tu hermana lo va a... llevar mejor el planteamiento...? ¿Directamente...? ¿Quedar con ella para comer...? Cuéntame un poco como va a ser la escena para ver...”* (Instructora dentro de sesión)

- Cliente: *Pues yo creo que quedar con ella para comer le va a extrañar tantísimo... que lo mejor es contarle... yo quiero contarle que... porque lo estoy haciendo... La llamare y... probablemente sea en el fin de semana y quedemos en su casa que probablemente esté sola también...* (Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión.)
- Psicólogo: *¿Por qué su chico no está?*(Discriminativo)
- Cliente: *Sí, él trabaja los sábados también así que no estará...* (Proporcionar Información)
- Psicólogo: *Muy bien, perfecto.* (Refuerzo)
- Cliente: *Y antes quiero contarle porqué, un poco lo que tú me has dicho también...* (Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión.)
- Psicólogo: *Muy bien.* (Refuerzo)
- Cliente: *Contarle que estoy yendo a un psicólogo, que probablemente eso la va a sorprender mucho porque se cree que soy infalible y superior a todo el mundo y supongo que eso será una buena introducción...*(Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión.)
- Psicólogo: *Le dice que muy bien muy bien (no transcribo) y le pregunta ¿a partir de ahí como crees que continuará la conversación?* (Instructora dentro de sesión)
- Cliente: *Pues yo creo que vamos a llorar mucho...más que hablar casi... la verdad es que no tengo ni idea...* (Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión)

Acordamos asumir este tipo de fragmentos como bloques relacionados con la tarea que le ha mandado el terapeuta para dentro de sesión. Por lo que, en general, la respuesta a esa tarea será registrada como *Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión*. En el fragmento de ejemplo

la única parte que quedaría fuera sería la de respuesta a la discriminativa del terapeuta en la que el cliente contesta “*Sí, él trabaja los sábados también así que no estará...*”

3.12.3 Para ayudarnos en la diferenciación de las categorías del cliente decidimos jerarquizar las categorías en los bloques relacionados con tareas. De esta manera señalamos que:

- La categoría Seguimiento de Instrucciones se priorizará frente a *Proporcionar información*
- Las categorías *Malestar/ Bienestar/ Logro/ Fracaso* se priorizarán ante las categorías Seguimiento/ No seguimiento de instrucciones
- Las categorías Seguimiento/ No seguimiento de instrucciones se priorizarán ante las categorías Aceptación/ Desacuerdo a la tarea.

Ejemplo:

- Psicólogo: (Cualquier verbalización con *Función instructora*)
- Cliente: Sí, sin problemas (Seguimiento de Instrucciones- Fuera de sesión- Anticipación del seguimiento de instrucciones)
-
- Este último punto tiene tres excepciones:
 - Las ocasiones en las que el cliente termina la verbalización con *Función Instructora* del terapeuta, en este caso registraríamos Aceptación.

- Psicólogo: *Esta semana tienes que realizar el registro igual que la...*
- Cliente: *...semana pasada.* (Mostrar aceptación.)
- Las ocasiones en las que el cliente contesta a un discriminativo conversacional del tipo ¿de acuerdo? después de una Instructora del terapeuta. (Mantendremos el mismo acuerdo si se contesta a dos conversacionales después de la Instructora)
 - Psicólogo: *Esta semana tienes que realizar el registro ¿de acuerdo?*
 - Cliente: *Sí.* (Mostrar aceptación.)
- Las ocasiones en las que el cliente repite lo último que ha dicho el terapeuta.
 - Psicólogo: *Esta semana tienes que realizar el registro*
 - Cliente: *El registro...* (Mostrar aceptación.)

Y a su vez este último punto tiene una excepción. Si, tanto en la repetición de lo que acaba de decir el terapeuta o en la finalización de la frase de este, el cliente verbaliza un verbo que implica el cumplimiento de la acción que deberá realizar registraremos Seguimiento de instrucciones.

Psicólogo: *“Y haces...”*

Cliente: *“Hago los movimientos musculares...”*

(Seguimiento de Instrucciones)

3.12.4 Tenemos que tener en cuenta que la Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión no se tiene porque dar siempre después de una Instructora. Hay ocasiones en las que el terapeuta se refiere a diversas

tareas en verbalizaciones Informativas o Motivadoras y que el cliente contesta a las mismas con verbalizaciones pertenecientes a esta categoría.

Ejemplo:

- Psicólogo: *“Todo lo que adelantes en casa está bien porque así podemos utilizar el tiempo de la sesión en otras cosas”* (Función Motivadora)

- Cliente: *“Lo intentare, a ver...”* (Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión)

- Psicólogo: *“[...]”* (Fragmento muy largo con verbalizaciones Informativas, Instructoras y Motivadoras refiriéndose a la importancia de flexibilizar la forma de pensar y a la consecución en global de los objetivos terapéuticos)

- Cliente: *“Lo tengo que aprender y tengo la intención...”* (Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión)

3.12.5 No se debe registrar como Seguimiento de Instrucciones verbalizaciones en las que el cliente hable de pautas realizadas en el pasado, antes de que fueran descritas por el terapeuta.

- Psicólogo: *“Tenéis que reducir las llamadas[...] Lo mejor es dejar de hacerlo”*

- Cliente: *“Ya, y es lo que he hecho”* (Mostrar Aceptación + Proporcionar Información)

3.12.6 Consideramos que también se debe registrar Seguimiento de instrucciones sin que haya habido previamente una Instrucción en ocasiones en las que, aunque no sepamos a ciencia cierta si ha habido pauta o no, terapéuticamente se pueda suponer con mucha certeza. Por ejemplo cuando el cliente hable de que ha practicado la respiración, se ha dado auto-instrucciones, etc. Será registrado como seguimiento de instrucciones las ocasiones en las que sin pregunta explícita del terapeuta ni pista del cliente, este último describa la técnica relacionada con la pauta marcada en sesiones anteriores. Es decir (para ayudarnos con ejemplos) si el cliente explica que realizó la respiración / relajación en una situación en la que se notó nervioso, que paró los pensamientos desadaptativos que se le venían y se esforzó en pensar en otra cosa, que se obligó a salir aunque no tuviera ganas, que planificó ir en autobús aunque supiera que le iba a provocar cierto malestar pero que tenía que aguantarlo hasta que se redujera, etc., registraríamos Seguimiento de Instrucciones (Descripción de las tareas realizadas). Pero si, únicamente describe la situación en la que salió el fin de semana, se subió a un autobús o entró a un centro comercial no registraremos Seguimiento a pesar de que, desde el punto de vista clínico, sepamos que sí lo es. Ejemplos concretos para ayudar:

- *“Por ejemplo la semana pasada que fue la del puente pues el domingo quedamos a comer en casa de una hermana en Móstoles y yo ya hice un este de así... venga Alfonso vete tu si quieres a casa,*

yo me quedo con el niño, digo... y así ayudo a mi hermana que está mala de las manos... yo haciendo un poco el paripé digo pues así lo hago yo mejor y... yo el lunes como él trabajaba y yo no digo... pues el lunes me voy yo ya a casa y me dice ¿vengo a por ti? Y yo no, no...no vengas, yo así aprovechando llevo al niño, me voy en transporte público y digo... pues fenomenal... entonces me cogí un autobús que yo además me reía, decía esto es imposible... cogí un autobús en Móstoles que me llevó a Príncipe Pío, con el niño, íbamos los dos que salimos a las seis de la tarde, que me llevó a Príncipe Pío, desde allí cogí otro autobús, el circular, que me llevó a Manuel Becerra, que di más vueltas que otro poco...y luego cogí el 38 hasta mi casa... ” (Proporcionar Información)

- *“Según subía ya la calle Alcalá desde casa, pues iba... tenía la sensación esa que te comenté de que parece que iba como flotando...pero como que no hacía caso... digo voy a estar así mirando y eso... y digo pues si no es nada, si ya se que esto me pasa y se me va, entonces no he hecho caso y se me ha pasado y ya tranquilamente... ” (Seguimiento de Instrucciones- Descripción de las tareas realizadas)*
- *“Mi obsesión es que si yo subo hacia arriba y me pongo mal, me pongo tan mal que es que yo digo tardo un montón hasta que llego abajo entonces no quiero subir yo quiero estar cerca de una puerta... y entonces se fue Alfonso a la parte de abajo y me dice*

venga pues sube tú a ver si ves unos zapatos par mi ¡y los zapatos es que están en la planta de arriba!, y no tenía otro remedio que subir para arriba, y con el niño y digo bueno, pues vale, subiré, pero tú llevas el móvil ¿no? que yo llevo el móvil también, sí subí pero que se notaba que estaba intranquila, estaba deseando que subiese, verle, y en el momento ya que tardó... ” (Proporcionar Información + Malestar)

3.12.7 Ante la dificultad que nos provoca acotar la explicación que dan los clientes de ciertos Seguimientos de instrucciones acordamos que los siguientes contenidos también forman parte de esta categoría:

- “*Dejé de pensar*”, “*Paré mis pensamientos*” (es complicado que se describa de otra manera el seguimiento de la parada de pensamiento).
- “*Me empecé a relajar*”
- “*Me puse a respirar*”

3.12.8 Si dentro de estos bloques en los que el cliente describe el Seguimiento de instrucciones introduce verbalizaciones que podrían ser registradas como *Malestar* para detallar el momento en el que comenzó a realizar las tareas descritas no señalaremos el *Malestar* entendiéndolo como parte de la descripción de la pauta ejecutada.

Cliente: “*Fui con el niño y bien, me ponía un poco nerviosa pero me relajaba, empezaba a respirar...*” (Seguimiento de Instrucciones- Descripción de las pautas realizadas)

3.12.9 Ante las dificultades encontradas para diferenciar en una descripción sobre el Seguimiento de tareas que partes son *Proporcionar información*, proponemos separar las partes en las que el cliente describe las acciones que ha realizado (ayudarse por los verbos de la oración) como Seguimiento y la descripción de la situación que lo rodeaba como *Proporcionar información*.

- “*Digo ¿no habrá dicho que llegue el metro tan rápido? porque es que parece que es que...Pues yo estaba pensando vamos parece mentira, vamos lo que me dijiste parece que ha salido (Proporcionar Información) lo que pasa que luego sí de estación a estación esperando sí pero hasta que ha llegado...lo que era en el andén, en el andén esperando era lo que era lo peor*” (Seguimiento de Instrucciones)

3.12.10 Consideraremos como Instructoras dentro de sesión para el terapeuta y Seguimiento dentro de sesión para el cliente, las ocasiones en las que, aunque no esté grabado porque se realiza fuera del despacho, las pautas marcadas y realizadas han sido llevadas a cabo a lo largo de la sesión.

3.12.11 Como excepción a los criterios generales del registro señalamos que, en el caso concreto en el que la verbalización del terapeuta sea una discriminativa que le pregunte por la posibilidad de que realice o no alguna tarea (*¿Crees que podrás hacerlo?, ¿Lo harás?*), el hecho de que

el cliente responda de manera positiva o acorde con las expectativas de realizar la tarea aunque no lo verbalice de manera explícita será registrado como Seguimiento de Instrucciones.

3.13. No seguimiento de instrucciones.

3.13.1 Dentro de sesión.

Ejemplo:

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

3.13.2 Fuera de sesión:

- Anticipación del no seguimiento.

Ejemplo:

- Cliente: *“No quiero hacer esa tarea”*

- Descripción de la no realización de las instrucciones.

- 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...”*

3.13.3 Dentro de esta categoría podemos tener dudas a la hora de fragmentarla con otras. Por ejemplo en la verbalización *“No quiero hacer esta tarea porque me voy a sentir fatal”* registraríamos No seguimiento de Instrucciones acompañado de *Malestar*. El acuerdo al que llegamos es

mantener en todos los casos No seguimiento de instrucciones sin fragmentar a no ser que aparezca con contenidos de *Fracaso*, *Logro*, *Bienestar* o *Malestar* en cuyo caso sí fragmentaríamos.

3.13.4 Como excepción a los criterios generales del registro señalamos que, en el caso concreto en el que la verbalización del terapeuta sea una discriminativa que le pregunte por la posibilidad de que realice o no alguna tarea (*¿Crees que podrás hacerlo?*, *¿Lo harás?*), el hecho de que el cliente responda de manera negativa o acorde con las expectativas de no realizar la tarea aunque no lo verbalice de manera explícita será registrado como No seguimiento de Instrucciones.

3.14. Verbalización de reacciones emocionales.

3.14.1 En los casos en los que la reacción emocional no sea claramente evidente decidimos no registrarla. Sabemos que esto conlleva el riesgo de que perdamos reacciones emocionales del cliente pero asumimos que esto puede ocurrir teniendo en cuenta sobre todo que no vemos la cara del cliente.

3.14.2 La decisión práctica para el registro es:

- Se registrara verbalización de reacción emocional cuando aparezca el llanto acompañado de alguna verbalización. En este caso se registrarán al comienzo de la verbalización tanto esta categoría como la categoría oportuna según el contenido de la frase del cliente.
- Si la verbalización del cliente es cortada por un Otras del terapeuta o un Refuerzo conversacional no volverá a registrarse verbalización de reacción emocional después aunque el cliente siga con el llanto. En el caso que sea cortada por cualquier otra categoría sí se volverá a registrar esta Verbalización de reacción emocional.
- Si en alguna ocasión aparece el llanto sin verbalización se anotará en comentarios.

3.15. Otras:

1.15.1 Se acuerda crear una categoría *Otras* que recoja todas las verbalizaciones que no se incluyen en las demás categorías. Aunque en principio no se registrarán los bloques de verbalizaciones sobre temas no terapéuticos, si se diera alguna suelta y se cree oportuno registrarla, se registraría como *Otras*, al igual que en el caso del terapeuta.

3.15.2 Las cosas que no se entiendan no se registran, se supone que la categoría *Otras* es para lo que no entra en ninguna otra no para lo que no se oye por

problemas de audio. Si esto sucede después de una discriminativa quitaremos también esta discriminativa.

3.15.3 En los casos en los que el terapeuta emita una verbalización del tipo “acércame los registros” y el cliente se los dé, la conducta del cliente se registraría como *Otras*. Sin embargo, en los casos en los que, sin que el terapeuta diga nada, el cliente le dé los registros o algo similar y el terapeuta diga “*qué bien, perfecto*”, en el caso del cliente no se registra nada porque no hace nada en respuesta al terapeuta, y en el caso del terapeuta se registraría la categoría *Función informativa*, no *Función de refuerzo* porque no refuerza una conducta verbal del cliente.

3.15.4 Se acuerda registrar la categoría *Otras* en el caso de verbalizaciones del cliente que no se entienden, bien porque el significado no se entiende o bien porque, según se inician son cortadas por el terapeuta, de manera que no da tiempo a que se pudieran entender.

3.15.5 En algunos casos puede resultar dudoso cuándo registrar o no registrar la categoría *Otras*, por ejemplo:

- Un caso en el que, además de una verbalización corta como *Mostrar aceptación*, se ve que la persona va a añadir algo pero es cortado por el

terapeuta y no se sabe lo que iba a ser. En estos casos se señalaría primero *Mostrar aceptación* y después *Otras*.

Ejemplo:

- Psicólogo: (Función informativa)
- Cliente: “*Totalmente de acuerdo* (Mostrar aceptación) *pero... (Otras)*”
- Cliente: “*Sí* (Mostrar aceptación) *pero... (Otras)*”

- Cuando el cliente está emitiendo una verbalización larga, como *Proporcionar información*, y el terapeuta lo corta, muchas veces no se puede saber si después iba a emitir otro tipo de verbalización pero, puesto que no se puede saber, sólo se marcaría *Proporcionar información*, no *Proporcionar información + Otras*.

Ejemplo:

- Psicólogo: (Función de preparación informativa)
- Cliente: “*Yo lo que hice en esa situación fue intentar pasar inadvertida porque...*” (Proporcionar información)

3.15.7 En las ocasiones en las que registremos un *Otras* en el terapeuta porque dice algo que consideramos extra-terapéutico, las respuestas del cliente a estas verbalizaciones serán registradas también como *Otras*.

ANEXO B

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS VERBALIZACIONES MOTIVADORAS DEL TERAPEUTA (SISC-MOT- T)

**SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS VERBALIZACIONES
MOTIVADORAS DEL TERAPEUTA (SISC-MOT-CVT)**

Índice de contenidos

1. CAMBIOS EN EL MODO DE REGISTRO FRENTE AL SISC-INTER	5
2. CLASIFICACIÓN DE LAS VERBALIZACIONES MOTIVADORAS	6
2.1. Tipos de verbalización motivadora	6
2.1.1 Clasificación de las motivadoras de cadena.....	8
2.1.1.1 Según el tipo de consecuente anticipado	8
2.1.1.2 Según el contexto discriminativo	9
2.1.1.3 Según la modalidad de la respuesta	10
3. EL BLOQUE MOTIVADOR	11
3.1 Acuerdos generales de uso de los bloques	11
3.2 Directrices de registro.....	13

SISC-MOT-T

**Sistema de clasificación de las verbalizaciones motivadoras del
terapeuta**

**1 CAMBIOS EN EL MODO DE REGISTRO FRENTE AL SISC-
INTER-CVT**

El uso de este subsistema implica varios cambios. En primer lugar, sólo hay una función estado , que es el Bloque Motivador (BM en los registros). Todas las funciones estado en otros proyectos (Informativa, Motivadora, Instructora) pasan a ser puntuales, y se registrarán al inicio de la verbalización.

La codificación de respuestas puntuales no supone la interrupción de las funciones estado, por lo que el bloque motivador pasa a ser una función estado que incluye varias puntuales.

No se registrará la conducta del cliente. Toda la rama de conducta verbal del cliente ha sido inactivada. Sin embargo, para facilitar análisis posteriores, se pondrá en la casilla de comentarios la función de la conducta verbal del cliente precedida por “C:”. Por ejemplo, “C: Proporcionar Información”.

2 CLASIFICACIÓN DE LAS VERBALIZACIONES MOTIVADORAS

Se mantendrá la definición de verbalización motivadora del SISC-INTER. En ningún caso se incluirán verbalizaciones nuevas como motivadoras que estuvieran clasificadas ya dentro de otra categoría.

2.1. Tipos de verbalización motivadora

- Se considerarán dos grandes tipos de verbalizaciones motivadoras: las motivadoras “coloquiales” y las motivadoras “de cadena”.
 - ***Coloquiales***: aquellas que, pese a no explicitar una contingencia clara, animan al cliente a seguir un determinado curso de acción particular (en alguna técnica en concreto) o general (en cuanto a la terapia o su vida en sentido amplio). Típicamente requerirán del contexto para que su función motivadora sea clara.

Ejemplo:

[Tras la explicación de una técnica]

Cliente: *No sé si eso me va a funcionar...*

Terapeuta: *Ya verás...*

- **De cadena:** aquellas que explicitan una contingencia de tres términos claramente. Esta cadena debe ser completa, especialmente en lo referente al consecuente. A tener en cuenta:

- Pueden estar expresadas en imperativo, en cuyo caso, y para distinguirlas claramente de la función Instructora, se debe prestar atención a que aparezca explícitamente la consecuencia de la acción sobre el cliente u otras personas (o animales) relevantes.

Ejemplo:

Cliente: Aunque lo intente, él sigue respondiendo igual.

Terapeuta: Sigue haciéndolo de la misma manera, y ya verás cómo cambia.

- Pueden ser interrumpidas por una verbalización del cliente y no continuar después, aunque estuviera claro y haya quedado implícito que el terapeuta iba a añadir un consecuente. De ser así, **no se considerarán motivadoras.**

Ejemplo:

Terapeuta: Y ya verás cómo, cuando consigas dejar de hacerte tantas preguntas, cuando veas que no tienes por qué hacerlas...

Cliente: Pero es que no puedo evitarlo.

- Pueden ser interrumpidas por una verbalización del cliente y continuar después, en cuyo caso **sí se considerarán dos motivadoras**, aún a pesar de que cada una, por sí misma, no explicita una contingencia completa.

Ejemplo:

Terapeuta: *Pero mientras, vamos a conseguir tu tranquilidad, tu felicidad...*

Cliente: *...absoluta...*

Terapeuta: *...absoluta, a pesar de que él se vaya de fiesta.*

2.1.1 Clasificación de las motivadoras de cadena

Se registrará cada motivadora de cadena con tres modificadores: uno para el contexto discriminativo, uno para la conducta y otro para el consecuente. Los modificadores son los siguientes:

2.1.1.1 Según el tipo de consecuente anticipado:

- *Apetitiva por presentación*: se anticipa la presentación de un estímulo apetitivo al cliente.

Ejemplo:

Terapeuta: Cuando aprendas a comportarte como quieres, sin importarte lo que piense Santi, **serás más feliz.**

- *Apetitiva por retirada*: se anticipa la retirada (o no presentación) de un estímulo aversivo al cliente.

Ejemplo:

Terapeuta: Si tienes un comportamiento neutral respecto a ellos, verles **dejará de ser tan molesto.**

- *Aversiva por presentación:* se anticipa la presentación de un estímulo aversivo al cliente.

Ejemplo:

Terapeuta: La única manera de que [tu novio] **sea infeliz** es que tú estés siempre intentando controlar lo que hace.

- *Aversiva por retirada:* se anticipa la retirada (o no presentación) de un estímulo apetitivo al cliente.

Ejemplo:

Terapeuta: Controlando sus salidas, cuándo sale, dónde va, **no te aseguras la fidelidad.**

2.1.1.2 Según el contexto discriminativo:

- *General:* el terapeuta no da un momento concreto en el que actuar de una manera determinada, sino una indicación a seguir aplicable a varias respuestas de la misma o distintas clases.

Ejemplo:

Terapeuta: La única manera de que eso no pase es que sea feliz contigo.

- *Específico*: el terapeuta indica claramente en qué momento o situación debe realizarse la conducta en concreto para obtener los resultados anticipados. También se codificará cuando el terapeuta haga referencia a un curso de acción en situaciones repetidas o habituales, siempre que esté delimitado el contexto.

Ejemplo:

Terapeuta: Que, oye, si no vas [a la fiesta], tampoco pasa nada.

2.1.1.3 Según la modalidad de la respuesta

- *Por acción*: la contingencia especificada por el terapeuta incluye la realización de una respuesta concreta.

Ejemplo:

Terapeuta: La única manera de que [tu novio] sea infeliz es que tú **estés siempre intentando controlar lo que hace.**

- *Por omisión*: la contingencia especificada por el terapeuta se refiere a la no realización o a la cesación de la realización de una respuesta concreta.

Ejemplo:

Terapeuta: Cuando **dejes de reaccionar** de esa manera ante todo lo que te dice, dejarás de sentirte tan mal.

3 EL BLOQUE MOTIVADOR

Las verbalizaciones motivadoras rara vez se emiten aisladas; parecen utilizarse para dar un contexto más directo y más “real” a la información emitida por el terapeuta, en ocasiones más abstracta. De la misma manera, complementan a las instrucciones anticipando un consecuente explícito. Por último, sirven de contrapunto de las verbalizaciones antiterapéuticas del cliente, y de apoyo de las terapéuticas.

Por esto mismo, registrarlas como ocurrencias aisladas, descontextualizadas, desvirtúa su peso y probablemente nos lleve a una comprensión comparativamente pobre de su uso en terapia.

Sin embargo, al intentar incluir todo el contexto relevante, se corre el riesgo de incluir demasiado, algo que sería tan inútil y tan poco fructífero como solo incluir la propia verbalización motivadora. Por lo tanto, se proponen los siguientes criterios:

3.1. Acuerdos generales de uso de los bloques:

Se primará la claridad del contenido de la verbalización motivadora en su contexto. Es decir, si la verbalización motivadora es completa en sí misma (muestra una cadena completa) y no requiere del contexto para que quede claro qué se quiere decir con ella, se registrará única y exclusivamente ella, sin retroceder en el bloque del discurso. Se considera que el uso de los bloques debe

ser de clarificación o complemento de la contingencia expresada en la verbalización motivadora; si tal clarificación es innecesaria, también lo es incluir más verbalizaciones en el bloque. Si, por el contrario, la verbalización motivadora no se puede entender como tal fuera del contexto en el que es emitida, se registrará el fragmento completo atendiendo a las directrices explicadas más adelante.

Se intentará siempre, en la medida de lo posible, incluir en el fragmento registrado la respuesta del cliente que sigue a la finalización del bloque, sea de aceptación, acuerdo, desacuerdo o cualquier otra forma. Esta norma tiene primacía sobre la anterior, de tal manera que si una verbalización motivadora completa es seguida por una respuesta del cliente, el registro no se detendrá en la motivadora, sino en esta respuesta. Entre la motivadora y la respuesta del cliente sólo pueden mediar las funciones discriminativa e informativa. Cualquier otra verbalización emitida por el terapeuta implicaría automáticamente un corte en el bloque. De registrarse la conducta verbal del cliente que sigue a la emisión de un bloque, se registrará fuera de este. La conducta verbal del cliente que se intercale dentro del discurso del terapeuta que forma un bloque motivador se registrará como comentario, no como verbalización.

Se usará la categoría de registro “BM” para demarcar el inicio y final. Se marcará el inicio inmediatamente antes de que empiece la verbalización relevante, con un máximo de un segundo de antelación. Se marcará “final” inmediatamente después de que termine la verbalización relevante. Hay que tener en cuenta que normalmente al “final” le seguirá una verbalización del

cliente; esto puede ocurrir en menos de un segundo, por lo que es esencial utilizar la función de avance lento del Observer para asegurarnos de que estamos marcando cada verbalización en un punto temporal distinto para evitar encabalgamientos a la hora de exportar los datos a otros programas de análisis de datos.

3.2. *Directrices de registro*

1. Para detectar el inicio del bloque, se buscará una verbalización del terapeuta que hable sobre el mismo tema y que esté unida a la motivadora por verbalizaciones del terapeuta no interrumpidas por el cliente, con las siguientes excepciones:
 - a. No se considerará interrupción del discurso la emisión de un discriminativo conversacional (o su etiquetado por interrupción del cliente) si este no lleva a un cambio de tema.
 - b. No se considerará interrupción del discurso una verbalización del cliente que muestre su acuerdo o desacuerdo con lo que el terapeuta está diciendo o amplíe información en la misma línea.

2. Se considerará que el bloque ha terminado cuando se den una o varias de las siguientes condiciones:
 - a. El terapeuta, tras la emisión de la motivadora, cambia de tema, explícitamente o no. Es decir:

- i. Emite una discriminativa del tipo “¿Queda claro?” o “¿De acuerdo?”, seguida de la aquiescencia o desacuerdo del cliente, y pasa a otro tema de conversación. En este caso, se registrará tanto la discriminativa como la respuesta del cliente (esta última fuera del bloque).
 - ii. Comienza a tratar otro tema (otra instrucción, otra pregunta del cliente...). En este caso, se detendrá el registro y se cerrará el bloque en la motivadora, sin incluir esa nueva verbalización.
 - iii. Aun tratando el mismo tema, se pierde el carácter motivador del discurso. Es decir, deja de hablarse sobre las consecuencias de un acto y se pasa a hablar de otros aspectos (detalles de la instrucción, información general...). En este caso, el bloque terminará en la motivadora.
 - iv. El cliente y el terapeuta se implican en un diálogo que, aun tratando el mismo tema, no añade ningún dato relevante a la motivadora (no añade precisiones acerca de los consecuentes), sino que se limita a repetir lo mismo de otra manera.
3. Sólo se registrará la motivadora sola, por lo tanto, aparte de lo señalado anteriormente en las motivadoras de cadena “completas”, cuando se dé

aislada entre verbalizaciones del cliente que no discriminen a su vez verbalizaciones del terapeuta que continúen con el mismo tema.

ANEXO C

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grabación de sesiones clínicas

Usted tiene derecho a ser informado de cualquier grabación que se realice de las sesiones clínicas en las que participe. Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a las grabaciones que, dado el caso, se realizarían de estas sesiones. Léalo atentamente y consulte con el psicólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, usted tendrá que firmar el consentimiento informado para que podamos realizar las grabaciones y, en caso de que no dé su consentimiento, estas grabaciones nunca serán tomadas. La participación en este estudio es completamente voluntaria y su negativa a participar no conllevará la pérdida de beneficio alguno en el tratamiento psicológico.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN MARCHA

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

Sólo con un estudio riguroso, sistemático y, en definitiva, científico, estaremos en disposición de entender qué elementos están relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y será posible idear formas de mejorar la actuación de los psicólogos en la clínica, pudiendo así ofrecer un mejor servicio a todas aquellas personas que soliciten su ayuda. Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se hace imprescindible la colaboración de terapeutas y clientes que nos permitan el estudio del proceso terapéutico en el que se van a ver inmersos. Por este motivo, nos gustaría solicitar su consentimiento para poder llevar a cabo la observación de la terapia que está a punto de iniciar.

2. PROCEDIMIENTO DE GRABACIÓN

La grabación se realizará, en caso de obtener su consentimiento, a través de un circuito cerrado de cámara y vídeo instalado en el centro. Durante la grabación de las sesiones clínicas únicamente se enfocará al terapeuta, por lo que su imagen nunca será grabada, si bien tanto su voz como la del psicólogo podrán ser escuchadas.



3. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las grabaciones serán utilizadas únicamente con fines de investigación y solamente por parte del personal investigador que forma parte del proyecto, guardándose siempre las grabaciones en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información.

Al realizar el análisis de datos, en ningún caso se harán públicos los datos relativos a la identidad ni otros datos personales de la persona que recibe tratamiento psicológico, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la terapia o tras ésta usted desea dejar de colaborar en nuestra investigación, le rogamos que nos lo comunique e inmediatamente se dejarán de grabar las sesiones y/o se destruirán todos los vídeos existentes y/o registros derivados de la observación de los mismos. Esto no supondrá en ningún caso perjuicio alguno para el tratamiento psicológico que usted esté recibiendo.

5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha entregado el/la psicólogo/a Don/Dña., he comprendido las explicaciones que éste/a me ha facilitado acerca de la investigación que se está llevando a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid y el/la psicólogo/a me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO que se realicen las grabaciones de las sesiones clínicas que ahora comienzo y que sean utilizadas para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En Madrid, a de de 200...

Firmado:

Don/Dña.

(El/la cliente)



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

Firma del psicólogo/a:

Don/Dña. _____