



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

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

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

*TESIS DOCTORAL*

**ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN ENTRE  
TERAPEUTA Y CLIENTE DURANTE LA  
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE  
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

**AUTORA: Ana Calero Elvira**

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

**Madrid, junio de 2009**



*Esta tesis está dedicada a mis padres y a Paco,  
por tantas cosas...*

*Y a Montse, porque sin ella yo  
tampoco habría podido.*



## AGRADECIMIENTOS

A pesar de haber pensado tantas veces lo que me gustaría escribir en estas líneas, llegado el momento resulta difícil expresar tanto en tan poco espacio. Esta tesis doctoral ha supuesto un capítulo muy importante del libro de mi vida, con páginas mejores y peores, más claras y más oscuras, pero todas ellas me han permitido llegar hasta este momento y, sobre todo, entender que las páginas más bonitas todavía están por escribir y mi deseo es seguir escribiéndolas. Con esta mezcla de emociones, vivencias y cansancio por el largo recorrido, me gustaría mostrar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me han acompañado en el camino.

En primer lugar, gracias al maravilloso equipo de personas con las cuales he compartido el viaje por la investigación sobre la terapia psicológica. A María Xesús Froján por ser una *gran maestra*, porque ha sido un verdadero orgullo poder aprender a su lado cada día; gracias por apostar por mí, por su disponibilidad y dedicación, por guiarme y no dejarme perder en las dudas e inseguridades, por creer tanto y con tanta pasión en esta investigación, por enseñarme a defender con más seguridad aquello en lo que creo y por haberme ayudado a ser (o al menos a intentarlo) una mejor clínica. A Montserrat Montaña, Montse, porque esta tesis también es suya, fruto del trabajo compartido a lo largo de tantos años, ojalá también ella pueda sentirse orgullosa de lo que aquí se dice; gracias por haberme ayudado en todos y cada uno de los momentos, antes y ahora, por su buen hacer y sus ganas de superarse, de las que he aprendido las mejores lecciones pero, por encima de ello, por ser la *mejor amiga* que podía encontrar en este viaje y por tantos momentos inolvidables que hicieron que todo mereciera la pena. A “los Álvamos”, Álvaro García y Álvaro Garzón, porque su ayuda fue fundamental en los inicios, cuando todo era difícil e incierto y porque gracias a ellos todo fue *más fácil, enriquecedor y divertido*. A las personas que llegaron en los momentos más avanzados, Elena Ruiz, Ivette Vargas y Manuel Alpañés, a ellos también les debo una parte muy importante de esta tesis y me gustaría desde aquí darles las gracias de todo corazón por su dedicación, disponibilidad y ayuda *con una sonrisa constante*.

Sin la colaboración de ITEMA nada de esto habría sido posible. Por ello, millones de gracias a Mónica por sus peleas durante tantos años con los vídeos y, por supuesto, también a Raquel, David, Brenda y María Xesús, por atender siempre todas nuestras demandas y hacerlo, además, *con todo su cariño*. Gracias, por otra parte, a todas las personas que permitieron ser grabadas para esta investigación porque con su generosidad nos dieron la oportunidad de trabajar para conseguir algo mejor en el futuro.

Gracias a la Universidad Autónoma de Madrid y a la Comunidad de Madrid por concederme *becas de investigación* sin las cuales seguramente hoy no estaría aquí. También al Departamento de Psicología Biológica y de la Salud por poner los medios en la medida de lo posible para *ayudar a este proyecto*. Y especialmente a dos personas: a la profesora Rocío Fernández-Ballesteros, porque estaré eternamente en deuda con ella por *ayudarme en los inicios* de una manera totalmente desinteresada y al profesor José Santacreu, porque su apoyo y su cariño fueron fundamentales para *arrancar y después para seguir* en ello.

Gracias a los distintos especialistas en metodología y estadística que *resolvieron todas las dudas que estaban en sus manos*: a los profesores Vicenç Quera, Juan Botella, José Manuel Hernández, Hilda Gambará y Miguel Ángel Ruiz. Y, por supuesto, a Dani y a Manolo por ayudarnos con los “problemas técnicos” relacionados con las grabaciones y sus múltiples formatos, pues con ello ayudaron a que *el mundo audiovisual fuera un poquito más amigable*. Al personal de administración y servicios de la facultad de Psicología, que hicieron *mucho más agradable mi día a día* siempre que algo de esta vorágine tenía que ver con ellos.

En todo este trabajo he estado acompañada de *maravillosos compañeros y amigos* con los que he compartido espacio, vida y millones de anécdotas en el Laboratorio 6. A todos ellos, de uno o del otro “lado del muro”, más o menos “veteranos”, gracias por estar ahí siempre y hacer que todo fuera mucho más llevadero: a Laura R., Laura M., Montse, Dani, Lola, Emilio, Brenda, María D., María N., Agustín, Paloma, Pepe, Patri, Elena C., David, Elena R., Burgaleta, Ivette, Manu, Marta, Eli y Alejandra y, cómo no, a Constan. A “las Lauras” y a Montse porque no puedo imaginar unas *amigas mejores* que me apoyaran en cada momento dentro y fuera de la universidad, gracias por haber estado tan pendientes de esta tesis y de cada acontecimiento de mi vida y gracias por los grandes momentos vividos, muchos de los cuales también fueron con Galo, Agus y Pepe. A María N., por contagiarme cada día con su *alegría* durante tantos años y ayudarme siempre en todo lo que podía. También debido a mi paso por la UAM tuve la gran suerte de coincidir con Raquel y con Lilian y Elisa, que me apoyaron y apoyan y me enseñaron y me siguen enseñando *otras maneras de ver los obstáculos*. Gracias a Miguel Ángel por sus *ánimos*.

En el camino de la tesis he tenido la oportunidad de conocer y trabajar con otras personas fuera de Madrid. Gracias en primer lugar a François Tonneau porque me permitió realizar con él una estancia en la Universidad de Guadalajara (México) y compartió conmigo su *admirable sabiduría* y visión crítica, dedicándome parte de su tiempo. A Julio y Pati, por *cuidarme* con tanto cariño y a Héctor, por *escucharme y preocuparse por las dificultades*. A Alejandra, Areli y Laura por demostrarme su *amistad* entonces y ahora, y a Tony, Óscar y todas las personas del CEIC por hacer mi estancia tan *entrañable*. A Emilio Ribes por cederme un lugar. A Melanie, Elisa, Víctor y Violeta y las demás personas con las que compartí residencia y *me hicieron sentir como en casa*. A Neyda y a Jerry porque les debo *todo...*

A Janet Treasure por dedicarme su tiempo y permitirme compartir con ella y su equipo unos meses en los que aprendí *cosas inolvidables* en el Maudsley Hospital (King’s College London). A Ana Rosa, por estar pendiente de todo, y a ella y a Kimberley, Betsy, Carolina, Idan, María, Niamh, Isabel, Marion, Jeffery, Ellie, Caroline y John, por ser los mejores *compañeros de aventuras* en el Guy’s Hospital y por hacer que el trabajo con ellos fuera un placer. A Frankie por su *amabilidad* y su paciencia con mi inglés. A Juan, por *ocuparse de mí* y a Pedro, Patricia y Maggie, porque mis meses en el 9 de Lily Close fueron *muy especiales*. Gracias a todos ellos por hacer que mis días en Londres fueran, a pesar de la lluvia, mucho menos grises.

Junto con Manoli, Alejandra, Jael, Sara, María Rosa y Mariana descubrí la Psicología y compartí años inolvidables por los pasillos de esta facultad y fuera de ellos. Estoy convencida de que todo lo que aprendí con ellas ha sido *fundamental* en esta nueva etapa como psicóloga y por ello y por seguir estando ahí, siempre, gracias; esto

sin duda también es vuestro. Y también a Laura, Jesús y Álvaro por compartir mis inquietudes como terapeuta de conducta e *interesarse siempre* por esta investigación.

A todos los amigos que, sin ser psicólogos, *se interesaron como los que más* por conocer mis avances, gracias. A las de siempre, Teresa, Ana Mari y Marta, por estar incondicionalmente y apoyarme tanto. A “los del barrio” por su interés y su comprensión con mis ausencias. A Santi y a Ángela, por seguir ahí.

Dejo este último lugar a mi familia para expresar mi más profundo agradecimiento por haber sido el *apoyo esencial* en éste y en todos y cada uno de los capítulos de mi vida. A mis padres, Juan y Marga, porque gracias a ellos he llegado aquí, con su ejemplo, su amor incondicional, sus buenos consejos, su dedicación a guiar y respetar todos mis pasos, sin nombrar los esfuerzos para ayudarme en todo lo que estaba en sus manos para que esta tesis saliera adelante. A mis abuelos Juan y Margarita, que me han enseñado y me siguen enseñando tanto y han puesto todo su amor en mí, no puedo más que darles las gracias por ello y sentirme afortunada por tenerlos siempre a mi lado... Y, por supuesto, a Juanda y Esther, a tita y Manolo, a Nuria y Manu, a mis abuelos Rafael e Isabel, gracias a todos ellos por celebrar conmigo cada victoria y por preocuparse conmigo con cada obstáculo, por hacerme sentir en cada momento que no estaba sola y que mis cosas eran también las suyas. Gracias a la familia de Paco, en especial a Tita, Paco, Dani y Bea por estar siempre pendientes y seguir cada paso con verdadero interés y cariño. Para terminar, quiero dar las gracias especialmente a Paco, no sólo porque con él salí victoriosa de mis batallas con Excel en esta tesis sino, sobre todo y mucho más importante, por hacerme ver cada día el vaso medio lleno y nunca medio vacío, por aportar a mi vida alegría y confianza, por ser siempre el hombro en el que apoyarme y la sonrisa amable que me ayuda a seguir, por creer en mí, por su infinita generosidad y por sus numerosas renunciaciones...por tomarse al pie de la letra aquello de “en lo bueno y en lo malo, todos los días de mi vida”.



## - ÍNDICE -

<b><u>RESUMEN</u></b> (versión en castellano)	1
<b><u>ABSTRACT</u></b> (English version)	3
<b><u>PARTE 1: INTRODUCCIÓN TEÓRICA</u></b>	5
<b>CAPÍTULO I: HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA Y DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA COGNITIVA HASTA LA ACTUALIDAD</b>	7
<b>1. Orígenes, desarrollo y consolidación de la modificación de conducta. Panorama renovado de la disciplina</b> .....	8
1.1 Década de 1950: nacimiento y fundamentos históricos de la modificación de conducta.....	8
1.2 Década de 1960: desarrollo de la modificación de conducta.....	11
1.3 Década de 1970: consolidación de la modificación de conducta y nacimiento de la modificación de conducta cognitiva.....	13
1.4 Década de 1980: crisis de la modificación de conducta y comienzo de duras críticas a la modificación de conducta cognitiva.....	16
1.5 La modificación de conducta a partir de 1990. Panorama renovado de la disciplina.....	18
<b>2. La tercera ola y el análisis de la conducta clínica</b> .....	22
<b>3. Enfoque cognitivo. Psicoterapias constructivistas</b> .....	26
<b>4. Comentarios finales</b> .....	30
<b>CAPÍTULO II: LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</b>	33
<b>1. ¿Qué se entiende por reestructuración cognitiva?</b> .....	34
<b>2. Propuestas originales de la técnica de reestructuración cognitiva: Ellis y Beck</b> .....	38
2.1 Terapia comportamental- racional-emotiva de Ellis .....	38
2.1.1. Base teórica .....	39
2.1.2. Procedimiento.....	41
2.2 Terapia cognitiva de Beck.....	44
2.2.1. Base teórica .....	46
2.2.2. Procedimiento.....	46

<b>3. Más allá de Ellis y Beck. Algunas aportaciones destacadas sobre la técnica de reestructuración cognitiva.....</b>	<b>49</b>
3.1 Una propuesta alternativa: reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried .....	49
3.2 Los esfuerzos de algunos autores destacados por clarificar el procedimiento o los componentes de la reestructuración cognitiva .....	52
<b>4. Resumen: procedimiento básico de la técnica de reestructuración cognitiva .....</b>	<b>55</b>

**CAPÍTULO III: INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS E INVESTIGACIÓN DE PROCESOS EN EL ESTUDIO DE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA** **63**

<b>1. Investigación de resultados y de procesos en psicoterapia.....</b>	<b>63</b>
<b>2. Investigación de resultados sobre la técnica de reestructuración cognitiva.....</b>	<b>69</b>
<b>3. Investigación de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva.....</b>	<b>72</b>
3.1 Estudio sobre los componentes activos del tratamiento.....	74
3.2 Estudio sobre mediadores del cambio y la especificidad de sus efectos....	76
<b>4. Conclusión: ¿qué nos falta por saber sobre resultados y sobre procesos?...</b>	<b>78</b>

**CAPÍTULO IV: LA INTERACCIÓN VERBAL ENTRE TERAPEUTA Y CLIENTE COMO MOTOR DEL CAMBIO TERAPÉUTICO** **85**

<b>1. La relación terapéutica desde una perspectiva conductual.....</b>	<b>86</b>
<b>2. Cognición y lenguaje: implicaciones para el estudio de la reestructuración cognitiva.....</b>	<b>90</b>
2.1 Cognición como conducta verbal auto-dirigida .....	90
2.2 Líneas de investigación sobre conducta verbal.....	94
2.3 Implicaciones para el estudio de la técnica de reestructuración cognitiva.....	98
<b>3. Una propuesta de estudio de los mecanismos de cambio durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva.....</b>	<b>102</b>

**PARTE 2: ESTUDIOS EMPÍRICOS** 107

**CAPÍTULO V: ESTUDIO EMPÍRICO 1: Desarrollo de tres instrumentos de medida para el estudio de los mecanismos de cambio que tienen lugar durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva** 109

<b>1. Introducción.....</b>	<b>109</b>
<b>2. Método.....</b>	<b>113</b>
2.1 Participantes.....	113
2.2 Materiales.....	116
2.3 Procedimiento.....	116
<b>3. Resultados.....</b>	<b>122</b>
3.1 Instrumentos de medida definitivos.....	122
3.2 Cálculo del grado de acuerdo interjueces alcanzado. ....	125
<b>4. Discusión.....</b>	<b>127</b>

**CAPÍTULO VI: ESTUDIO EMPÍRICO 2: Estudio de los procedimientos terapéuticos utilizados al aplicar la técnica de reestructuración cognitiva** 133

<b>1. Introducción.....</b>	<b>133</b>
<b>2. Método.....</b>	<b>134</b>
2.1 Participantes .....	134
2.2 Materiales.....	136
2.3 Variables.....	136
2.4 Procedimiento.....	139
<b>3. Resultados.....</b>	<b>142</b>
3.1 Frecuencia y tipos de procedimientos terapéuticos utilizados en la aplicación de la reestructuración cognitiva .....	142
3.2 Análisis de la distribución de variables del comportamiento verbal del terapeuta y del cliente en los distintos tipos de procedimientos terapéuticos.....	143
3.3 Comparación de las variables del comportamiento verbal del terapeuta y del cliente entre grupos de procedimientos terapéuticos.....	149
<b>4. Discusión.....</b>	<b>155</b>

<b>CAPÍTULO VII: ESTUDIO EMPÍRICO 3: Análisis de la interacción terapeuta-cliente durante la aplicación del procedimiento debate</b>	165
<b>1. Introducción</b> .....	165
<b>2. Método</b> .....	170
2.1 Participantes .....	170
2.2 Materiales.....	170
2.3 Variables.....	172
2.4 Procedimiento.....	174
<b>3. Resultados</b> .....	177
3.1 Análisis secuencial del comportamiento del terapeuta y del cliente.....	177
3.1.1. Relación entre las categorías VAT/VOT/VIT del cliente y las funciones de refuerzo, de castigo y discriminativa del terapeuta.....	181
3.1.2. Relación entre algunas variantes de las categorías función de preparación y función discriminativa del comportamiento verbal del terapeuta.....	187
3.1.3. Secuencias conductuales en torno a la categoría función instruccional del terapeuta.....	189
3.2 Diferencias entre grupos en la proporción de ocurrencia y de tiempo de las variables de la conducta verbal del terapeuta.....	191
<b>4. Discusión</b> .....	193
 <b>CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES FINALES (versión en castellano)</b>	209
<b>1. Conclusiones sobre los estudios empíricos</b> .....	210
1.1 Desarrollo de una metodología observacional adecuada para la investigación de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva.....	210
1.2 Clarificación de los procedimientos terapéuticos que forman parte de la reestructuración cognitiva.....	212
1.3 Identificación de las secuencias conductuales que definen el procedimiento terapéutico de debate.....	214
<b>2. Líneas de investigación futuras</b> .....	219
 <b>CHAPTER VIII: FINAL CONCLUSIONS (English version)</b>	223
<b>1. Conclusions derived from the empirical studies</b> .....	224
1.1 Development of an appropriate observational methodology for the study of processes in cognitive restructuring technique.....	224

1.2 Clarifying the therapeutic procedures that are part of cognitive restructuring.....	226
1.3 Identification of behavioural sequences that define the Socratic questioning therapeutic procedure.....	228
<b>2. Future lines of research.....</b>	<b>232</b>
<b><u>PARTE 3: REFERENCIAS</u></b>	<b>237</b>

**ANEXOS:**

- Anexo 1: Modelo de consentimiento informado
- Anexo 2: Sistema de categorización para el estudio de la interacción terapeuta-cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva (*SISC-INTER-RC*)
- Anexo 3: Sistema de categorización de la conducta verbal del cliente en función del cumplimiento de objetivos terapéuticos (*SISC-COT*)
- Anexo 4: Escala de valoración de la efectividad del debate en la reestructuración cognitiva (*EVED-RC*)
- Anexo 5: Guía para la identificación de la técnica de reestructuración y la clasificación de sus procedimientos terapéuticos



## **RESUMEN**

**(versión en castellano)**

En la presente tesis doctoral se aborda el estudio de la técnica de reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento verbal a través del cual el psicólogo iría dirigiendo la modificación del comportamiento del cliente desde verbalizaciones contrarias al objetivo terapéutico hasta llegar a la meta planificada. A pesar de ser una técnica ampliamente utilizada entre los clínicos de distintas orientaciones psicoterapéuticas, apenas se sabe nada sobre cuáles son los mecanismos de cambio que tienen lugar al aplicarla y que explicarían la efectividad o eficacia que se ha reflejado en las publicaciones al respecto desde su propuesta original, por lo que se plantea la necesidad de realizar una investigación de procesos de calidad que dé cuenta de ello. Este trabajo consta de tres estudios empíricos que se presentarán tras un recorrido por los principales aspectos teóricos que conciernen al tema de estudio: la historia de la modificación de conducta y de la modificación de conducta cognitiva junto con las derivaciones surgidas en el desarrollo de ambas, las principales propuestas sobre la técnica de reestructuración cognitiva, un resumen de la literatura existente en el campo de la investigación de resultados y de procesos en torno a esta técnica y, por último, la conceptualización de la relación terapéutica y la cognición desde una perspectiva conductual.

En el primer estudio se expone el proceso de elaboración de tres instrumentos de medida que serán utilizados posteriormente para el registro y codificación de las variables de interés: la conducta verbal del terapeuta y del cliente (*SISC-INTER-RC*), el grado de aproximación de cada verbalización del cliente a los objetivos terapéuticos del debate (*SISC-COT*) y el grado de efectividad de cada fragmento de debate (*EVED-RC*). En el segundo estudio, tras la observación de una muestra de 153 grabaciones de sesiones clínicas, se describirán los procedimientos clínicos que distintos terapeutas de conducta utilizan al aplicar la reestructuración cognitiva y se analizará la distribución de las variables de la conducta verbal del terapeuta y del cliente en los grupos

encontrados: debate, explicación y propuesta y repaso de tareas para casa. Para finalizar, se presenta en el tercer estudio un análisis de la interacción entre terapeuta y cliente en un total de 65 fragmentos de debate dirigidos por un psicólogo experto. Los resultados de la comparación de las secuencias de conducta encontradas en los distintos grupos formados según el grado de efectividad apuntan a que el terapeuta consigue más éxito en la aplicación del debate cuando moldea las conductas del cliente de una manera directiva y clara en cuanto a las consecuencias que siguen a cada verbalización de éste.

## **ABSTRACT**

**(English version)**

This doctoral dissertation deals with the study of the cognitive restructuring technique as a verbal shaping procedure in which the psychologist would lead the client's verbal behaviour modification from a position of opposition to the therapeutic objective verbalizations until the planned goal is reached. Although it is a technique widely used by psychologists from different psychotherapeutic orientations, little is known about the mechanisms of change that are at work when it is applied and that would explain the effectiveness or efficacy that have been reported in several publications since its inception. A high quality processes research is therefore required to account for this issue. This work consists of three empirical studies that will be presented after a review of the main theoretical issues concerning the subject of study: the history of behaviour modification and cognitive behaviour modification along with their derivations, the principal proposals about the cognitive restructuring technique, a summary of the literature on results and processes research about this technique, and finally a behavioural perspective on the therapeutic relationship and cognition.

The first study presents the development process of three measuring instruments that will subsequently be used to register and code the variables of interest: the therapist's and the client's verbal behaviour (*SISC-INTER-RC*), the level of proximity of the client's verbalizations to the therapeutic goals in Socratic questioning (*SISC-COT*) and the level of effectiveness of the Socratic questioning itself (*EVED-RC*). In the second study, after the observation of a sample of 153 recordings from clinical sessions, the clinical procedures used by different behavioural therapists when applying cognitive restructuring will be described and the distribution of the therapist's and the client's verbal behaviour variables will be analyzed in the identified groups: *Socratic questioning*, *explanation*, *proposal of home tasks* and *checking home tasks*. To conclude, the third study presents an analysis of therapist-client interaction in 65 Socratic

questioning fragments directed by an expert psychologist. The results comparing the behavioural sequences found in the distinct groups formed according to their effectiveness level indicate that the psychologist obtains more success in the application of Socratic questioning when he shapes the client's behaviours in a directive and clear way in response to each of the client's verbalizations.

**PARTE 1:**

**INTRODUCCIÓN TEÓRICA**



## **CAPÍTULO I**

### ***HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA Y DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA COGNITIVA HASTA LA ACTUALIDAD***

Conocer la historia de una disciplina nos permite entender muchas de las cosas que ocurren en ella hoy en día y esto se convierte en fundamental si se quiere investigar una técnica de intervención cuyo surgimiento cambió esta historia y estuvo íntimamente ligada al desarrollo de la disciplina desde ese momento. Hablamos de la técnica de reestructuración cognitiva, protagonista de la *revolución cognitiva* en modificación de conducta y sobre la que versa la presente tesis doctoral. Como señalan O'Donohue, Henderson, Hayes, Fisher y Hayes (2001), hay que entender la historia de la modificación de conducta como una serie de descubrimientos, desarrollos, innovaciones y eventos que ocurrieron a lo largo de muchos años. El resultado de todo ello es que se han producido grandes avances, pero también periodos de estancamiento e incluso de retroceso y, por ello, dice Forsyth (1997) que ir unos pasos hacia atrás puede servir para clarificar los pasos que habrá que dar hacia delante.

Tal como explican Martin y Pear (2007/2008), la modificación de conducta nace de la psicología y, por tanto, la historia de la primera es tan larga como la historia de la segunda. Por esta razón, no es objeto de este capítulo exponer la historia completa de la disciplina desde sus antecedentes más remotos sino comenzar desde los más inmediatos. También trataremos de dar cuenta del hecho de que, desde su aparición formal, a finales de la década de 1950, el desarrollo de la modificación de conducta ha sido espectacular, lo que ha permitido su consolidación como una de las principales orientaciones terapéuticas dentro de la psicología (Watkins, 2000).

En el presente capítulo intentaremos reflejar todo lo anterior haciendo un breve recorrido por la historia de esta disciplina, desde sus orígenes hasta el momento actual. Se presentará la historia de la modificación de conducta y de la posterior modificación de conducta cognitiva por etapas que coinciden con décadas del siglo XX, pero no hay que entender que la sucesión de etapas significa en todos los casos una superación de las limitaciones de las anteriores puesto que, como explica Pérez (1996b), “no se ha dado un proceso acumulativo, sino que, más bien, lo que se han dado son virajes y hasta retrocesos, en todo caso, sin superar las dificultades previas, ni mejorar el rumbo” (p. 512). Para terminar, se resumirán los avances que han tenido lugar en dos de los frentes más novedosos relacionados con la modificación de conducta: por una parte, se presentarán las aportaciones del análisis de la conducta clínica, dentro de la denominada *tercera ola*, que trató de superar algunas limitaciones de la modificación de conducta y, por otra parte, se expondrán las novedades del enfoque cognitivo en psicoterapia, que ha desembocado en las terapias constructivistas, que suponen un alejamiento radical de los principios de la modificación de conducta.

## **1. ORÍGENES, DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. PANORAMA RENOVADO DE LA DISCIPLINA.**

### ***1.1 Década de 1950: nacimiento y fundamentos históricos de la modificación de conducta.***

Existe unanimidad al señalar el nacimiento formal de la modificación de conducta a finales de la década de 1950 (Franks, 1991; Kazdin, 1978/1983; Mayor y Labrador, 1984; Yates, 1970/1973) y, también, en identificar tres grupos principales de factores como los fundamentos históricos de la disciplina. Iremos exponiendo estos acontecimientos en las siguientes líneas.

El primer grupo de factores se refiere a la investigación que se llevaba a cabo dentro de la psicología, que permitió la consolidación de la misma como ciencia de la conducta. Cabe destacar, por una parte, el trabajo de algunos fisiólogos rusos, especialmente Sechenov, Pavlov y Bechterev (Carpintero, 1996), desde mediados del siglo XIX hasta principios del XX. Estos autores realizaron una contribución fundamental al proponer la aplicación de los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología y, en especial, Pavlov, que trabajó en la fisiología de la digestión y los reflejos condicionados, lo que dio lugar al inicio del paradigma del condicionamiento clásico. Otra rama del conocimiento psicológico que contribuyó al nacimiento de la modificación de conducta fue la psicología comparada: se asumía una continuidad entre la especie humana y las demás especies animales, por lo que la investigación animal era un medio perfectamente válido para la comprensión del comportamiento humano. Por último, tuvo una importancia también destacada la psicología del aprendizaje en Estados Unidos. Allí, la corriente conductista fue iniciada por Watson, responsable de la consolidación del uso del método científico en psicología (en lugar de la introspección) y del establecimiento de la conducta como su objeto de estudio (Watson, 1913). A pesar de su interés por la conducta, algunos autores como Craighead, Kazdin y Mahoney (1976/1981), Mahoney (1974/1983) y Pérez (1996a), consideran que, si bien en sus orígenes Watson defendía una postura antimentalista y no mediacional (conductismo radical), posteriormente su interés por la conducta era más metodológico que temático (conductismo mediacional). Esto apoyaría la introducción de variables intermedias, más adelante, por parte de los psicólogos neoconductistas y, ya en la década de 1970, por parte del enfoque cognitivo. Otro autor fundamental en estos momentos iniciales en Estados Unidos fue Thorndike quien, fruto de sus experimentos con animales, enunció la conocida como *ley del efecto*, que destacaba la importancia de las consecuencias de la conducta en el aprendizaje. Son destacables también los trabajos de Tolman, Hull y Guthrie, que introdujeron innovaciones teóricas en la base aportada por Watson pero, por encima de todos ellos, destaca la figura de Skinner, cuya importancia en el desarrollo de la modificación de conducta en

particular y de la psicología como ciencia en general es innegable (Kazdin, 1978/1983; Ringen, 1999). Skinner desarrolló el análisis experimental de la conducta, un planteamiento del proceder científico basado en el estudio de un organismo individual y las relaciones funcionales entre su conducta y las variaciones ambientales de las que depende. Consideraba dos tipos de respuesta y dos tipos de condicionamiento: respuestas respondientes, que se aprenden mediante el condicionamiento pavloviano o clásico y respuestas operantes, que se aprenden mediante el condicionamiento por ensayo y error u operante. El conductismo skinneriano se conoce como radical porque estudia la conducta como raíz de la psicología (Pérez, 1996a).

El segundo grupo de factores que influyeron en el surgimiento de la modificación de conducta tenía que ver con el abordaje que se hacía hasta aquel momento de los problemas clínicos. Por una parte, había una insatisfacción creciente con el *modelo tradicional de enfermedad intrapsíquica*, que consideraba la conducta *anormal* como una enfermedad mental (Adams, 2000; Carrobles, 1985; Ullmann y Krasner, 1965). En un intento por encontrar alternativas ante la falta de evidencia de patologías orgánicas responsables de estas conductas anormales, surgieron modelos basados en la sugestión, destacando la propuesta de Freud. Pronto se alzaron diversas voces en contra del psicoanálisis y tuvo una gran importancia el artículo de Eysenck de 1952, titulado *The effects of psychotherapy: An evaluation*, en el cual se criticaba la eficacia de la terapia de orientación psicoanalítica y al mismo tiempo se señalaban los efectos positivos de las terapias basadas en las teorías del aprendizaje. La alternativa al psicoanálisis era en aquella época el tratamiento psiquiátrico hospitalario, cuya utilidad también fue duramente criticada. Por otra parte, se cuestionaba con fuerza el diagnóstico psiquiátrico, tanto en cuanto a su utilidad como a las implicaciones que tenía para la persona ser “etiquetada”. Además, un último factor que influyó en la aparición de esta nueva forma de intervención fue la insatisfacción de los psicólogos clínicos con el papel que realizaban en el proceso terapéutico, que se limitaba a ayudar al psiquiatra a evaluar con técnicas fundamentalmente proyectivas, cuya adecuación era más

que cuestionable (Kazdin, 1978/1983; Yates, 1970/1973). Todos estos factores incidieron en la aparición de una alternativa a la conceptualización de la conducta problema, el modelo conductual, una forma de evaluación, el análisis funcional de la conducta y, con éste, la evaluación conductual (Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1981; Kanfer y Saslow, 1965/1974, 1969), y una alternativa de tratamiento, la modificación de conducta.

El tercer grupo de factores hace referencia a la aplicación de los avances de la investigación en psicología al tratamiento de los problemas de conducta animal y humana. Poco a poco se fue pasando del laboratorio al campo aplicado y a finales de la década de 1950 ya se había constituido la modificación de conducta como una orientación terapéutica que utilizaba procedimientos de intervención derivados directamente de la psicología del aprendizaje. Podemos citar como antecedentes directos los trabajos de Pavlov sobre las neurosis experimentales en animales y, en cuanto a las aplicaciones a la conducta humana, cabe destacar el estudio de Watson y Rayner (1920/1972) sobre el caso del pequeño Albert y los estudios de Jones sobre métodos para eliminar las reacciones aprendidas por condicionamiento (Jones, 1924). Además, otros autores importantes fueron Mowrer y Mowrer y sus estudios sobre enuresis, Dunlap y su desarrollo del procedimiento de práctica negativa, Voetglin y Lemere y el tratamiento aversivo en pacientes alcohólicos, así como los trabajos de Bijou y Baer sobre condicionamiento operante en niños.

### ***1.2 Década de 1960: desarrollo de la modificación de conducta.***

En el apartado anterior se expusieron los trabajos que se encuentran en los orígenes de la modificación de conducta pero no es hasta la década de 1960 cuando se puede hablar del reconocimiento generalizado de ella como una disciplina formal, teórica y metodológicamente distinta de las psicoterapias tradicionales (Kazdin, 1978/1983; Mayor y Labrador, 1984) y cuando el rol del psicólogo no es ya el de ayudante del psiquiatra sino que se reconoce socialmente su propio papel profesional. En este momento la disciplina mantenía una postura unitaria de confrontación para intentar imponerse al modelo intrapsíquico que

predominaba hasta entonces. Comenzaron también a publicarse los primeros manuales de modificación de conducta (Eysenck y Rachman, 1965; Franks, 1969; Krasner y Ullmann, 1965; Ullmann y Krasner, 1965; Wolpe, 1969; Wolpe y Lazarus, 1966; Yates, 1970/1973) y aparecieron revistas especializadas, la primera de las cuales fue *Behavior Research and Therapy* (Eysenck, 1963).

Para resumir el desarrollo de la modificación de conducta hay que referirse a los trabajos que se realizaron en la década de 1960 en tres países distintos: Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos; mientras en los dos primeros países se trabajó fundamentalmente con el paradigma del condicionamiento clásico, en Estados Unidos se hizo con el condicionamiento operante. Aquí los trabajos más destacables fueron la continuación de los citados en el apartado anterior sobre aplicaciones de los principios del condicionamiento operante en el área clínica y no clínica (Dunlap, Bijou y Baer, Voetglin y Lemere, etc.). Mientras, en Sudáfrica, Wolpe inició la línea de investigación que llevó a la génesis de la técnica de la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958) y, aunque se marchó de ese país, había formado a investigadores como Rachman o Lazarus, quien continuó su trabajo allí y fue el primero en utilizar el término *terapia de conducta*<sup>1</sup> en un escrito de 1958 (aunque el término se hizo popular cuando Eysenck lo utilizó en 1959, tal como explican Bernstein y Nietzel, 1980/1982). En Inglaterra destacaron los trabajos de Eysenck y Shapiro en el Hospital Maudsley de Londres, a los que luego se incorporaron autores como Yates, Jones, Meyer, Rachman, Gelder y Marks. Allí trabajaron en la aplicación de las técnicas de modificación de conducta a diversos problemas clínicos.

---

<sup>1</sup> En los inicios de la disciplina se utilizaba el término *terapia de conducta* para hacer referencia a la tradición derivada del condicionamiento clásico y *modificación de conducta* para hacer referencia a la tradición derivada del condicionamiento operante, sin embargo, a pesar de esta distinción histórica, actualmente ambos términos se usan indistintamente (ver, por ejemplo, Martín y Pear, 2007/2008). Aquí los utilizaremos de forma intercambiable y, en todo caso, emplearemos con mayor frecuencia el término *modificación de conducta*, pues compartimos la visión de estos últimos autores de que este término ha adquirido un significado más amplio, pues la “terapia de conducta es modificación de conducta llevada a cabo en conductas disfuncionales, generalmente en ámbitos clínicos” mientras que la modificación de conducta “incluye todas las aplicaciones explícitas de los principios comportamentales para mejorar conductas específicas -se den o no- en ámbitos clínicos” (p. 425).

### ***1.3 Década de 1970: consolidación de la modificación de conducta y nacimiento de la modificación de conducta cognitiva.***

Según argumentan diversos autores (Franks, 1991; Labrador, 1990; Pelechano, 1978), la década de 1970 fue la de consolidación de la modificación de conducta, que estuvo caracterizada por el abandono de la confrontación con otros enfoques terapéuticos, así como por la expansión de sus procedimientos y ámbitos de aplicación, por el desarrollo conceptual y metodológico que llevó a la propuesta de modelos teóricos para aspectos concretos, un incipiente eclecticismo teórico y aplicado y la inclusión de los procesos de aprendizaje vicario. Por encima de todo ello, esta etapa se caracteriza por la inclusión, a finales de la década, de las variables cognitivas para la explicación y modificación del comportamiento humano, lo que dio lugar a la *revolución cognitiva* (Franks, 1991) o *salto cognitivo* (Mahoney, 1974/1983). Así, a lo largo de los años se fueron introduciendo las variables cognitivas que se habían considerado inútiles en el modelo operante: se abrió la puerta a las variables mediacionales con el modelo neoconductista, después se empezaron a tener en cuenta los procesos simbólicos en interacción con variables externas con el modelo del aprendizaje social y, por último, se dio la máxima relevancia a los procesos cognitivos a raíz del modelo cognitivo (Carrobbles, 1985). Puesto que los nuevos enfoques no sustituyeron a los anteriores, la mayoría de los autores (Cruzado, Labrador y Muñoz, 1993; Echeburúa, 1993; Labrador, 1990; Pérez, 1996b; Wilson y Franks, 1982) coinciden en afirmar que en este momento de la historia de la disciplina existen cuatro enfoques:

- Enfoque operante o análisis aplicado de la conducta: es el producto de las aplicaciones derivadas del condicionamiento operante y del análisis experimental de la conducta. Aunque las áreas de aplicación son múltiples, hay dos prioritarias: el tratamiento de personas con capacidades intelectuales limitadas o deterioradas y la modificación de ambientes sociales e institucionales. La mayoría de técnicas incluidas en este enfoque

no son técnicas propiamente dichas, sino procedimientos operantes para la adquisición/incremento y la eliminación/reducción de conductas.

- Enfoque del condicionamiento clásico o enfoque conductista mediacional o neoconductista: descendiente directo del conductismo de Watson y los trabajos originales de Wolpe y Eysenck, se caracteriza principalmente por el énfasis que pone en las variables mediacionales para explicar o tratar la conducta (el prefijo *neo* hace referencia a la inclusión de estas variables entre el estímulo y la respuesta). El campo de aplicación principal es el de los problemas de ansiedad y las técnicas derivadas directamente de este enfoque se basan en el condicionamiento clásico, como la desensibilización sistemática, la inundación y la implosión, la terapia aversiva y el condicionamiento encubierto<sup>2</sup> (Carrobles, 1985).
- Enfoque del aprendizaje social: se caracteriza por la incorporación de los procesos de aprendizaje vicario a la explicación del comportamiento humano a partir de la insatisfacción con la explicación de la conducta en términos de estímulos antecedentes y consecuentes. Tiene su base conceptual en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1975, 1977) y el conductismo social de Staats (1975), aunque fue el primero de ellos el más influyente de sus representantes. Las técnicas de este enfoque integran métodos del condicionamiento clásico y operante con los del aprendizaje vicario: procedimientos de modelado, entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de autocontrol.
- Enfoque cognitivo o modificación de conducta cognitiva: su base teórica, en opinión de algunos autores, se encuentra en el conductismo metodológico (Pérez, 1996a, 1996b; Tous, 1989) o en algunos modelos de la psicología cognitiva, como el modelo del procesamiento de la

---

<sup>2</sup> Según algunos autores, como Labrador (1990), el condicionamiento encubierto se clasificaría mejor como un grupo independiente dentro de las técnicas cognitivas y, según otros, como Pérez (1996b), como una técnica del análisis aplicado de la conducta.

información (Mahoney, 1974/1983), aunque no se ha desarrollado unido a la psicología cognitiva básica. Su surgimiento se puede explicar según Bas (1981, 1992) y Mayor y Labrador (1984), entre otros factores, por la insatisfacción con la derivación de leyes generales a partir de la investigación con animales desde el conductismo y, por otra parte, por el reconocimiento de que las variables cognitivas tienen una gran importancia en la explicación de fenómenos relacionados con la percepción, la memoria, el lenguaje y el pensamiento. La característica principal de la modificación de conducta cognitiva es la importancia que le da a los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta problemática (Mahoney, 1974/1983; Meichenbaum, 1977). En general, se considera que los procedimientos de la modificación de conducta promueven el cambio en los pensamientos y, por tanto, en este enfoque las técnicas conductuales se utilizan con esa finalidad. Las técnicas incluidas en la modificación de conducta cognitiva, como se explicará con más detenimiento en el siguiente capítulo, se pueden agrupar en tres grandes bloques: técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y técnicas de resolución de problemas. Algunas de estas técnicas se “adoptaron” por la modificación de conducta cognitiva cuando ya tenían su curso propio, como las incluidas en la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional-emotiva de Ellis, que tuvieron un papel crucial en el desarrollo de este enfoque debido a su destacado impacto. Por otra parte, como explica Pérez (1996b) algunas otras técnicas se desarrollaron por parte de autores formados en modificación de conducta, como Meichenbaum (entrenamiento autoinstruccional e inoculación de estrés, 1977) o Mahoney (ciencia personal, 1977). Otras propuestas destacadas fueron el entrenamiento en manejo de ansiedad (Suinn y Richardson, 1971), la desensibilización de autocontrol (Goldfried, 1971), el modelado encubierto (Upper y Cautela, 1977), la terapia de solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971) y la técnica de resolución de problemas interpersonales (Spivack y Shure, 1974). El resultado fue un enfoque

altamente heterogéneo en cuanto a las variables cognitivas consideradas y la propuesta de procedimientos terapéuticos para abordarlas.

A finales de la década de 1970 la modificación de conducta ya se había convertido en una disciplina reconocida internacionalmente: se multiplicaron las publicaciones de libros y revistas de investigación y aplicados, así como los congresos y reuniones en el área (Franks, 1991; Tortosa, 1980). Los problemas a los que se enfrentaba en este momento tenían que ver con dar respuesta a cuestiones de la práctica clínica y esto cobró más relevancia que la clarificación conceptual (Froján, 1999). Así, comenzó a darse un *eclecticismo técnico*, impulsado por Lazarus (1971), según el cual el principal criterio para empezar a utilizar una técnica era un criterio empírico sin importar su derivación teórica, mientras no se contradijeran los supuestos básicos de la modificación de conducta. Durante esta etapa desaparece la idea de que la terapia de conducta es un tipo de tratamiento específico y se imponen el pluralismo teórico y metodológico (Mayor y Labrador, 1984). Incluso se puede empezar a hablar de disolución justo en este momento de apogeo pues, cuando la disciplina dejó de preocuparse por defenderse frente a otras alternativas y se empezó a preocupar de sí misma, comenzó a resultar difícil reconocerla como disciplina unitaria. Esta falta de unidad quedó ilustrada por la divergencia que se creó en el seno de la disciplina en cuanto a la aceptación de las variables cognitivas: las posturas *continuistas* o *conservadoras* defendían la pureza metodológica y se opusieron al modelo cognitivo y, por otra parte, las posturas *rupturistas* o *progresistas* defendían la inclusión de procesos cognitivos y de aprendizaje vicario (Pelechano, 1978). Las críticas al enfoque cognitivo se acentuarían, como veremos, en la siguiente década.

#### ***1.4 Década de 1980: crisis de la modificación de conducta y comienzo de duras críticas a la modificación de conducta cognitiva.***

Por una parte, en esta década la modificación de conducta se caracterizó por la gran relevancia que adquirieron las técnicas cognitivas, hasta el punto de que

se red denominó la disciplina como *modificación de conducta cognitiva o terapia o enfoque cognitivo-conductual*. Por otra parte y, relacionado con lo anterior, la modificación de conducta llegó en la década de 1980 a una situación de crisis con respecto a su esencia (Froján, 1999). En este momento el enfoque cognitivo-conductual tenía cada vez más reconocimiento entre los clínicos, que se adherían a él debido al gran éxito de sus tratamientos. Esto, junto con la disgregación teórica que comenzó en la década anterior, precipitó la conversión de la disciplina en una *ciencia empírica* (Franks, 1997b), es decir, se estaba dando claramente una situación de separación entre la práctica clínica y la fundamentación experimental y teórica en que debería basarse: no había una teoría completa para el comportamiento humano en su totalidad y el psicólogo clínico empezó a prescindir del apoyo teórico, que era supuestamente innecesario dados los resultados que se obtenían con las técnicas de intervención (Forsyth, 1997). El resultado de ello es la aceptación de aquellos procedimientos que resultaban efectivos y el eclecticismo se convirtió en un valor para muchos autores (Carrobles, 1985; Pinillos, 1984).

Al mismo tiempo que se reconocía el gran impacto de las técnicas cognitivas, a partir de 1980 se acentuaron también las críticas dirigidas a ellas, una postura que ha perdurado hasta nuestros días. Los principales autores de la disciplina muestran unanimidad al reconocer el mérito clínico de las aportaciones de la rama cognitiva (Franks, 1997b; Wilson, Hayes y Gifford, 1997; Wolpe, 1997). En general, la opinión que se destila de sus escritos es que la inclusión de las variables cognitivas amplió el horizonte de la modificación de conducta desde el momento en que se empezó a prestar atención a un aspecto que hasta entonces no había sido demasiado atendido, a saber, el lenguaje de las personas que acuden a consulta (Franks, 1997b; Pérez, 1996a). Fueron muy pocos los autores que mostraron una postura de rechazo radical de la introducción de las variables cognitivas sin acompañarlo del reconocimiento de sus aportaciones, como fue el caso de Forsyth (1997), que considera la adición de lo cognitivo a la terapia de conducta como un *apéndice o miembro fantasma*, o Hawkins (1997), que califica la contribución del enfoque cognitivo como indirecto y modesto. Lo más común

es encontrar posturas, como las señaladas anteriormente, que destacan las contribuciones a las que dio lugar la inclusión de tales variables pero critican duramente sus fundamentos teóricos y la falta de correspondencia entre la investigación y la práctica. Así, las principales críticas se refieren a su falta de base experimental (Wolpe, 1997), a la utilización de explicaciones mentalistas (Dougher, 1993) que desvirtúan el sentido conductual de la modificación de conducta al utilizar el lenguaje como un medio para llegar a la interioridad mental (Pérez, 1996a, 1996b), se cuestiona incluso el supuesto de que la actividad cognitiva determina en todos los casos los estados emocionales y la conducta (Eysenck y Martin, 1987; Kanfer y Hagerman, 1985), se critica también el recurso a *constructos hipotéticos* (Dougher, 1993) y *modelos de causación circular* (Salzinger, 1992), la ausencia por su parte de una explicación adecuada del cambio terapéutico (Pérez, 1996a) que podría deberse a las técnicas conductuales incluidas dentro de las técnicas cognitivas y explicarse, por tanto, en términos conductuales (Pérez, 1986) e, incluso, se denuncia la negligencia de los representantes del enfoque cognitivo al obviar la necesidad de validación empírica e investigación controlada de las técnicas de intervención (Franks, 1997a, 1997b). Como vemos, dentro de la modificación de conducta en general no se cuestionó la introducción de variables cognitivas por razones epistemológicas, por el contrario, se alabó la inclusión de tales variables en el campo siempre y cuando se apoyaran en teorías o modelos de la psicología científica (Froján, 1999). Para terminar, solamente resaltar que se debe entender que la introducción de estos *constructos hipotéticos* para intentar abordar problemas complejos se produjo dentro del marco de la disociación entre la investigación y la práctica clínica que se manifestó claramente en la década de 1980 y que se empezará a intentar corregir a partir de la década siguiente.

### ***1.5 La modificación de conducta a partir de 1990. Panorama renovado de la disciplina.***

Como hemos podido ver en los anteriores apartados, desde los inicios de la modificación de conducta ha tenido lugar una continua diversificación de la

disciplina unida a un creciente reconocimiento social y profesional de la misma. Podemos afirmar que la modificación de conducta a principios de 1990 estaba caracterizada por su heterogeneidad, tanto en lo referente a las formulaciones teóricas como a las técnicas terapéuticas (Amigo, Fernández y Pérez, 1991). Forsyth (1997) explicó muy bien el momento en el que se encontraba la disciplina en esta década, de la siguiente manera: “El árbol de la modificación de conducta tiene muchas raíces, un tronco común y muchas ramas (...) Según el árbol ha ido creciendo, sin embargo, va siendo más difícil evaluar la extensión del progreso e incluso más difícil encontrar la relación entre las raíces y lo que está ocurriendo en la parte alta del árbol y, mucho más, entre aquello que ocupa la misma rama o la misma hoja” (p. 625). La diversificación de la disciplina ha continuado así hasta nuestros días, como veremos más adelante al explicar los enfoques terapéuticos más recientes.

Aunque la situación no cambió con respecto a los psicólogos clínicos, que continuaron aplicando las técnicas que resultaban efectivas sin pararse a reflexionar sobre la congruencia teórica ni los resultados de la investigación (Barlow, Hayes y Nelson, 1994; Forsyth, 1997; Hawkins, 1997), sí se produjo un cambio entre los teóricos e investigadores, que empezaron a trabajar seriamente en la clarificación y análisis de las técnicas consideradas de modificación de conducta, como se refleja en los manuales sobre conductismo y teorías de terapia de conducta publicados, respectivamente, por O’Donohue y Kitchener (1999) y por O’Donohue y Krasner (1995). A pesar de estos intentos, el problema es que el punto de partida es tan heterogéneo que los esfuerzos de clarificación son igualmente diversos (Froján, 1999). Relacionado con estos esfuerzos, hay acuerdo entre los autores en considerar que sólo se podrá superar el nivel de efectividad de las técnicas de modificación de conducta si se regresa a la experimentación y, por otra parte, si se destaca esto en la formación de las personas que en el futuro se dedicarán a la aplicación y/o a la investigación en el campo (Forsyth, 1997; Hawkins, 1997).

En este contexto, la utilización del lenguaje durante la sesión terapéutica se convirtió en un elemento de estudio central, que será la clave terapéutica para el

enfoque contextual y también un elemento poderoso de cambio conductual en la terapia de conducta paradigmática (Staats, 1995) y en la terapia interconductual (Ribes, 1990; Delprato, 1995). Por otra parte, en la década de 1990 retomó importancia un tema que ya estuvo presente desde los orígenes, a saber, la posibilidad de integración de la modificación de conducta con otros enfoques psicoterapéuticos y también la integración de la modificación de conducta en sí misma. Algunos de estos intentos surgieron de proponer la *integración teórica* (Goldfried, 1995), otros del *eclecticismo técnico* (Lazarus, 1997) y otros de la *búsqueda de factores comunes* (Garfield, 1992; Lambert, 1992; Weinberger, 1993).

Para terminar el recorrido por esta década, vamos a hacer un repaso de los distintos enfoques que en la década de 1990 conformaban la modificación de conducta y que, por otra parte, son los que se dan actualmente con pequeñas modificaciones. Hasta mediados de la década de 1990 se mantuvo la clasificación que ya señalamos en la década de 1970: análisis aplicado de la conducta, enfoque conductista mediacional, enfoque del aprendizaje social y modificación de conducta cognitiva (Cruzado et al., 1993; Echeburúa, 1993; Labrador, 1990). Sin embargo, a partir de ese momento, señala Pérez (1996a, 1996b), esta presentación requiere de la oportuna renovación, al volver a tomar importancia la terapia de conducta paradigmática (Staats, 1995) y la psicología interconductual (Delprato, 1995; L. J. Hayes y Fredericks, 1999; Kantor, 1959; Ribes y López, 1985; Segura, Sánchez y Barbado, 1995), que hasta este momento habían permanecido ignoradas o incluidas en los otros enfoques predominantes, y también al surgir el análisis de la conducta clínica o enfoque contextual. Pérez, en su propuesta de organización lógica (frente a una cronológica) entiende que la psicología se podría dividir en una perspectiva representacional y una perspectiva fenoménico conductual que, en modificación de conducta, se corresponderían con el enfoque cognitivo y el enfoque contextual, respectivamente, que derivan, a su vez, del conductismo metodológico y del conductismo radical. Dentro del primero se situarían en la actualidad el enfoque neoconductista mediacional, el enfoque cognitivo social

(antiguo enfoque del aprendizaje social), la modificación de conducta cognitivo-conductual y, en parte, la terapia de conducta paradigmática, que también comparte supuestos del enfoque contextual. Éste, además, estaría formado por el análisis aplicado de la conducta y su nueva versión, el análisis de la conducta clínica, y la psicología interconductual. Esta clasificación se encuentra recogida en la tabla I.1.

**Tabla I.1. Panorama renovado de la modificación de conducta. Enfoques principales. (modificado a partir de Pérez, 1996a, 1996b).**

<i>Perspectiva psicológica/ enfoque en modificación de conducta</i>	<i>Enfoques terapéuticos</i>
<p>Perspectiva representacional</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Enfoque cognitivo (conductismo metodológico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoque neoconductista mediacional</li> <li>- Enfoque cognitivo social</li> <li>- Modificación de conducta cognitivo-conductual:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Afrontamiento de situaciones</li> <li>- Solución de problemas</li> <li>- Psicoterapia constructivista</li> </ul> </li> <li>- Terapia de conducta paradigmática </li> </ul>
<p>Perspectiva fenoménico-conductual</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Enfoque contextual (conductismo radical)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia de conducta paradigmática </li> <li>- Análisis aplicado de la conducta</li> <li>- Análisis de la conducta clínica:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoterapia analítico-funcional</li> <li>- Terapia de conducta dialéctica</li> <li>- Terapia de aceptación y compromiso</li> </ul> </li> <li>- Psicología interconductual</li> </ul>

En los siguientes apartados nos centraremos solamente en dos enfoques dentro de este panorama renovado con el objetivo de ilustrar los últimos avances en el campo: por una parte y, al hilo de lo que se ha llamado la *tercera ola* en modificación de conducta, resumiremos las características principales del enfoque del análisis de la conducta clínica o enfoque contextual; por otra parte, se expondrán brevemente los avances que han tenido lugar en el seno del enfoque cognitivo hasta llegar a las psicoterapias constructivistas.

## 2. LA TERCERA OLA Y EL ANÁLISIS DE LA CONDUCTA CLÍNICA.

Según S. C. Hayes (2004), se puede dividir la modificación de conducta en tres *olas* o *generaciones*. Si la primera ola se sitúa en 1950 con la fundación de la disciplina y las tradiciones del condicionamiento clásico y operante, y la segunda ola comienza en torno a 1970 con la revolución cognitiva, la tercera ola surge en 1990 (aunque no se habló de ella como tal hasta 2004) e incluiría, según Hayes, las siguientes propuestas terapéuticas: terapia de aceptación y compromiso (S. C. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), psicoterapia analítico funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993), terapia conductual integral de pareja (Jacobson y Christensen, 1996), terapia cognitiva con base en Mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2004) y algunas otras (Borkovec y Roemer, 1994; Marlatt, 2002; Martell, Addis y Jacobson, 2001; McCullough, 2000; Roemer y Orsillo, 2002), siendo éstas últimas variantes del enfoque cognitivo-conductual que se han movido en la dirección de la aceptación y de los valores (Pérez, 2006). Según este último autor, la tercera ola, que supuso un retorno a las raíces contextuales de la modificación de conducta, surgió como resultado del desarrollo del análisis de la conducta a partir de la abundante investigación sobre conducta verbal en la línea de Skinner (1957/1981) y del desarrollo del conductismo radical, por ejemplo, a partir de la *teoría del marco relacional* (S. C. Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

Las características principales de la tercera ola de la modificación de conducta, según S. C. Hayes (2004), son las siguientes:

- Está basada en un enfoque empírico, siguiendo las raíces de la modificación de conducta, no sólo a nivel de resultados sino de procesos y principios.
- Se enfatizan las estrategias de cambio contextual y experiencial<sup>3</sup>, no sólo las estrategias más directas y didácticas, y todo ello basado en cambiar la función de los eventos psicológicos problemáticos y no la forma.

---

<sup>3</sup> Cabe destacar aquí la amplia utilización que se está haciendo de la terapia/técnica de *Mindfulness* en las terapias de tercera generación. Este término no tiene traducción directa al castellano pero se puede

- El objetivo de la intervención es la construcción de repertorios de conducta flexibles y efectivos y no la eliminación de problemas, como ocurría en las olas primera y segunda.
- El tratamiento no es jerárquico y esto se basa en la consideración de que los aspectos que son importantes para el cliente lo son también para el terapeuta, como la aceptación.
- Se sintetizan las generaciones previas, en el sentido de que no se rechazan las olas primera y segunda, sino que se transforman en un nuevo resultado, más amplio e interconectado. Al mismo tiempo, se tienen en cuenta dominios tratados tradicionalmente desde otros enfoques psicoterapéuticos, como el analítico, el gestáltico, el humanista y el existencial.

Cabe aclarar aquí que el análisis aplicado de la conducta no ha quedado reducido a las terapias de tercera generación, a pesar de que la propuesta de Hayes parezca apuntar en este sentido. Tal como se explicó en el apartado anterior y quedó reflejado en la tabla I.1, el análisis de la conducta clínica (y, añadiríamos ahora, el resto de terapias de la tercera ola) serían la nueva versión del análisis aplicado de la conducta, pero no lo sustituyen, además de presentar importantes diferencias con respecto a la “antigua versión”, no tanto en sus fundamentos teóricos como en los procedimientos terapéuticos (Vázquez, 2003). Aunque los términos son confusos, parece que el enfoque que hemos denominado *análisis de la conducta clínica*, según el término propuesto por Dougher (1993) o *enfoque contextual*, según el término acuñado por S. C. Hayes, Follette y Follette (1995), no incluiría todas las terapias de la tercera ola sino solamente la terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítico funcional y la terapia de conducta dialéctica. Siguiendo a Pérez (2006), el análisis de la conducta clínica ha sido subsumido, quizá inmerecidamente, en el marco más general de la tercera generación. Veamos pues, ahora, las

---

entender como “atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva”. El lector interesado puede dirigirse para más información a los artículos firmados por M. A. Vallejo en los monográficos sobre nuevas terapias psicológicas publicados en 2006 por las revistas *Papeles del Psicólogo* (Vol. 27, núm. 2) y *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía* (Vol.5, núm. 2).

características específicas del análisis de la conducta clínica, que son, por otra parte, las que nos interesa resaltar aquí, precisamente por su esencia especialmente contextual. Dougher (1993) afirmaba en el momento de presentar el análisis de la conducta clínica que este enfoque surgió para tratar de superar las limitaciones que tenía la modificación de conducta hasta ese momento que, siguiendo a Pérez (1996b), serían no haber considerado y manejado la relación terapéutica como un contexto social natural en el que se pueden presentar los problemas psicológicos, no haber entendido en términos conductuales la conducta verbal, que es la más frecuente en terapia y, por último, haber caído en una excesiva *cognitivización* de la terapia. En su intento por superar las limitaciones anteriores, los enfoques terapéuticos del análisis de la conducta clínica se basan en las siguientes asunciones, tal como afirman Kohlenberg, Tsai y Dougher (1993):

- Los problemas de la vida cotidiana pueden darse y, de hecho, se dan en la sesión clínica. Esto implica que el terapeuta puede observarlos directamente, así como moldearlos y, además, se facilita la generalización de los efectos del tratamiento a la vida diaria.
- El lenguaje que tiene lugar en la sesión clínica se considera como conducta clínicamente relevante, tanto porque es una muestra del problema como una ocasión para la terapia, desde el momento en que el terapeuta tiene la oportunidad de evocar, observarlo y cambiarlo.

Desde el análisis de la conducta clínica se considera el comportamiento verbal como herramienta terapéutica fundamental y objetivo del cambio psicológico. Basándose en estos supuestos, cada una de las terapias incluidas en este enfoque utiliza procedimientos diversos para lograr el cambio clínico. En el caso de la terapia de aceptación y compromiso, que se basa en la teoría del marco relacional, se trata de conseguir un cambio contextual para alterar la funcionalidad de los eventos privados y para ello se utilizan diferentes técnicas, entre las cuales destacan las paradojas, las metáforas y los ejercicios de

exposición plena en el *aquí-ahora* (Luciano y Valdivia, 2006). La psicoterapia analítico funcional trata de provocar el cambio en el cliente potenciando el valor de la relación terapéutica y, para ello, será fundamental observar y analizar el comportamiento del cliente en sesión para identificar los distintos tipos de *conductas clínicamente relevantes* y, por otra parte, basándose en las reglas terapéuticas fundamentales, el psicólogo intentará evocar, reforzar y ayudar a interpretar las conductas del cliente según los objetivos propuestos (Fernández y Ferro, 2006; Ferro, Valero y López, 2007). La terapia de conducta dialéctica, que se plantea como tratamiento especializado para el trastorno de personalidad *borderline*, incorpora principios de la filosofía dialéctica y la tradición *Zen*, aunque utiliza principalmente la modificación de conducta para definir los objetivos y el plan de tratamiento, buscando un equilibrio entre las estrategias de aceptación y de cambio. En esta terapia se trabaja en la mejora de habilidades y motivación del cliente, utilizando en muchos casos el modelado y el manejo de contingencias y, además, se potencia la generalización de logros al entorno natural, estructurando éste si es necesario (Salsman y Linehan, 2006).

Por último, queremos hacer referencia a otra terapia dentro de la tercera ola, en este caso para el tratamiento específico de la depresión, denominada terapia de activación conductual (Martell et al., 2001), a la que S. C. Hayes (2004) no dedicó apenas espacio en su descripción de las terapias pertenecientes a esta generación (la incluyó entre las “otras” terapias), pero que tiene aquí especial importancia porque supuso un desafío para la terapia cognitiva, como se explicará en el capítulo III. Los autores que propusieron esta terapia reconocen en las teorías conductuales de la depresión de Ferster (1973) y de Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn y Libet, 1972) a sus antecesores, pero dicen que ellos conceptualizan el tratamiento de una manera más ideográfica, sin suponer de antemano que un evento es reforzante para el cliente, volviendo así a las raíces contextuales de la terapia conductual para la depresión. Las estrategias terapéuticas típicas son: proponer tareas graduales de activación individualizadas para el cliente, modificar las conductas de evitación, establecer rutinas regulares para las actividades cotidianas básicas y enseñar

procedimientos dirigidos a eliminar rumiaciones, como la exposición a prestar atención al ambiente de alrededor y a las actividades en las que participan, todo ello dirigido a que entren en contacto con los reforzadores naturales de su ambiente. Se trata de cambiar el contexto, no el pensamiento y, cuando se ha de trabajar con el pensamiento, se hace con la función o contexto del mismo y no con el contenido (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).

### **3. ENFOQUE COGNITIVO. PSICOTERAPIAS CONSTRUCTIVISTAS.**

La mayoría de los autores que tratan de exponer el estado del enfoque cognitivo en psicoterapia señalan la dificultad de hacerlo debido a la marcada heterogeneidad que presenta en los últimos tiempos (ver, por ejemplo, Arnkoff y Glass, 1992; Caro, 2004, 2007; Gonçalves, 1995; Neimeyer, 1993; Semerari 2000/2002). Mahoney (1993) considera que la psicoterapia cognitiva es una de las más activas en cuanto al desarrollo teórico y las innovaciones clínicas y, para ilustrar este punto, explica que a principios de la década de 1980 había cinco o seis formas de psicoterapia y a principios de 1990 ya había más de 20 variedades cognitivas, algo que se ha ido multiplicando con el avance de las llamadas psicoterapias cognitivas constructivistas. Por esta razón y también, como se explicará más adelante, porque estos enfoques se han desvinculado totalmente de la modificación de conducta, no se expondrá ninguno de ellos en particular y solamente se dedicará este apartado a presentar una breve síntesis histórica del avance del enfoque cognitivo y se enumerarán las principales propuestas terapéuticas que lo conforman.

La psicología cognitiva básica pasó por cuatro etapas de evolución según Mahoney (1993): movimiento del procesamiento de la información, conexionismo, constructivismo y hermenéutica. Estos dos últimos hacen referencia a la construcción personal del conocimiento: el constructivismo entiende que la mente de la persona elabora el conocimiento, que no existe objetivamente, y la hermenéutica, en la misma línea, se basa en que la mente del

lector elabora el significado de cualquier texto. Aunque autores como Caro (2007) o el propio Mahoney (1995), uno de sus principales exponentes, reconocen que la psicoterapia cognitiva no se ha basado para su desarrollo en las investigaciones realizadas en el seno de la ciencia cognitiva, sí parece que se ha visto influida por la evolución de esta disciplina, de la psicología en general y, como resalta la primera autora, por la evolución de la cultura en general. Siguiendo este planteamiento, Caro (2004, 2007) afirma que hay tres etapas en el desarrollo de la psicoterapia cognitiva:

- Primera fase, *la terapia cognitiva está en el aire* (1955-1980): comenzó con los trabajos de Beck y Ellis, es decir, con los modelos de reestructuración cognitiva, y continuó con el desarrollo de los modelos cognitivo-conductuales (los que Mahoney y Arnkoff llamaron de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y de resolución de problemas, más algunas modificaciones de estas técnicas). Empezaron ya a surgir desde la psicoterapia cognitiva las primeras críticas de autores que consideraban que estos modelos no tenían en cuenta el papel del afecto y la emoción o de los procesos inconscientes.
- Segunda fase, *el establecimiento cognitivo* (1981-1991)<sup>4</sup>: se establece definitivamente la terapia cognitiva al aumentar el grado de aplicación de los modelos de reestructuración y cognitivo-conductuales, pero cada vez se hicieron más fuertes las críticas a estos modelos “clásicos” y se empezó a defender la apertura a otras influencias.
- Tercera fase, *un mundo cognitivo feliz* (desde 1992): hay una mayor contribución de los modelos constructivistas, lingüísticos y narrativos, cercanos a una epistemología postmoderna, pero sin que se dé una ruptura

---

<sup>4</sup> Los contenidos de las fases primera y segunda han sido explicados con más detalle en el apartado 1 de Orígenes, desarrollo y consolidación de la modificación de conducta. Se han querido volver a repetir aquí los aspectos exclusivamente relacionados con el enfoque cognitivo en modificación de conducta, ahora desde el planteamiento cognitivista, para poder entender bien la evolución del enfoque cognitivo y el salto que supusieron las terapias constructivistas.

con los modelos de reestructuración y cognitivo-conductuales, más cercanos a la epistemología moderna. Se evolucionó también hacia el eclecticismo, incorporando técnicas de los enfoques humanistas o gestálticos.

Así pues, según esta autora los modelos de la psicoterapia cognitiva quedarían reducidos a tres bloques, los modelos de reestructuración cognitiva, los modelos cognitivo-comportamentales y los construccionistas o constructivistas, aunque a nivel epistemológico se pueden reducir a dos: los *constructivistas* (el tercer bloque) frente a los *racionalistas* (los dos primeros). La diferencia entre estos dos tipos de modelos fue establecida por primera vez en 1987 por parte de Mahoney y Gabriel, aunque después el primer autor, en 1995, sugirió el cambio de la denominación modelos *racionalistas/constructivistas* por modelos *simples/complejos*. Sea como fuere, según definió Mahoney (1993), las psicoterapias cognitivas constructivistas frente a las racionalistas, se caracterizan, entre otras cosas, por adoptar una visión proactiva (no reactiva) de la cognición y el organismo y por enfatizar los procesos de organización central inconscientes. Esto se traduce en que en los modelos constructivistas en general, entendiéndose que hay diferencias entre distintas propuestas, los terapeutas y clientes colaboran como compañeros que investigan conjuntamente para ayudar al cliente a construir teorías más coherentes y comprensivas o a identificar y revisar los temas centrales de sus narrativas personales (Neimeyer, 1993) y no es el terapeuta el que conoce la verdad y se la “pasa” al cliente, como se supone en los modelos racionalistas (Arnkoff y Glass, 1992).

Los principales modelos psicoterapéuticos del enfoque constructivista, según indican diversos autores (Arnkoff y Glass, 1992; Caro, 2007; Neimeyer, 1993; Pérez, 1996b; Semerari, 2000/2002), serían la teoría de los constructos personales de Kelly (1995), actualizada por Neimeyer (1985) y Landfield (1980/1987), la psicoterapia de proceso experiencial (Greenberg, Rice y Elliott, 1993), la terapia lingüística de evaluación (Caro, 1993), la psicoterapia del desarrollo (Mahoney, 1991), la psicoterapia cognitivo narrativa (Gonçalves, 1994) o de reconstrucción narrativa (Meichenbaum y Fong, 1993), la terapia de

conducta cognitiva dinámica (Turner, 1993), la terapia de valoración cognitiva (Wessler y Hankin-Wessler, 1991), la terapia cognitivo-estructural (Guidano y Liotti, 1983), la terapia cognitiva interpersonal (Safran y Segal, 1990) y, como ejemplo de terapia de familia constructivista, el enfoque de la prescripción de rituales terapéuticos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). Todos estos modelos tienen semejanzas entre sí, pero también importantes diferencias teóricas y de aplicación. Por ello, desde el enfoque cognitivo se han hecho importantes esfuerzos de integración entre sus diferentes modelos, aunque hay autores que consideran que ya de por sí el enfoque cognitivo es una terapia de integración (Arnkoff y Glass, 1992). Uno de los principales esfuerzos integradores de modelos cognitivos lo constituye la metodología de integración teórica progresiva propuesta por Feixas y Neimeyer (Feixas y Neimeyer, 1991; Neimeyer y Feixas, 1990).

Visto lo visto en este apartado, no cabe más que concluir que, si bien las primeras propuestas cognitivas (de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y de resolución de problemas) surgieron a partir de la modificación de conducta o se unieron posteriormente a la disciplina, estos últimos enfoques constructivistas constituyen desde el principio y en la actualidad una rama totalmente independiente, como reconocen algunos de sus proponentes (Caro, 1997; Mahoney, 1995)<sup>5</sup>. Así, nada tienen que ver con las técnicas de modificación de conducta, ni en cuanto a sus fundamentos teóricos, ni en cuanto a los procedimientos terapéuticos ni en cuanto a la metodología de investigación pues, como indican Arnkoff y Glass (1992), ni siquiera han sido sometidos a una validación empírica extensiva. Incluso estos autores han llegado a afirmar que las terapias cognitivas constructivistas tienen más puntos en común con las teorías psicodinámicas que con las terapias cognitivas racionalistas.

---

<sup>5</sup> Vimos en la tabla I.1 que Pérez incluía el enfoque constructivista dentro del panorama actual de la modificación de conducta cognitivo-conductual, algo que seguramente se trate de un recurso didáctico para entender las diferentes ramas de la psicoterapia “conductual” en la actualidad, que están claramente expuestas en la misma (independientemente de la polémica sobre si el enfoque constructivista se encuentra o no dentro de la modificación de conducta).

#### **4. COMENTARIOS FINALES.**

A lo largo de las páginas anteriores hemos hecho un recorrido por la historia de la modificación de conducta e incluso por enfoques que se pueden considerar ajenos a la misma. Todo ello, como dijimos al comienzo, con el objetivo de contextualizar el trabajo que se va a desarrollar y así, al mirar hacia atrás, ver con más claridad los pasos que sería conveniente dar hacia delante. La presente tesis doctoral se centra en estudiar la técnica de reestructuración cognitiva, de la que se hablará con detalle en el siguiente capítulo. Por ahora, sólo hemos de destacar el papel destacado que tuvo en la revolución cognitiva de 1970 de la mano de Ellis y Beck. Por otra parte, también hemos señalado que la introducción de las variables cognitivas en modificación de conducta favoreció en gran medida la separación entre investigación y aplicación que se empezó a dar en 1970 y continuó en 1980 y, de hecho, sigue en pie hasta nuestros días. En 1990 surgieron algunas voces que reclamaron la vuelta a la unión entre el campo básico y el aplicado y en esta línea se enmarca el presente estudio, sabiendo que sólo será un paso entre todos los que se podrían dar y una manera de hacerlo entre otras muchas posibles.

La modificación de conducta, tal como hemos visto, ha incorporado novedades en muchos frentes desde el nacimiento de la técnica de reestructuración cognitiva y podríamos haber elegido algunas de ellas, más recientes, como objeto de una tesis doctoral. La razón de quedarnos con la reestructuración es que trabaja con un aspecto crucial en los problemas psicológicos, el lenguaje/pensamiento humano, que, además, se trata de una técnica ampliamente utilizada entre los clínicos y, al mismo tiempo, paradójicamente, utilizada sin saber muy bien cómo o por qué funciona ni cuál es el mejor procedimiento para aplicarla, lo cual entraña una gran dificultad para el correcto aprendizaje de la técnica por parte de los psicólogos inexpertos y, también, para mejorar los resultados en su aplicación por parte de terapeutas más expertos. Se han escrito ríos de tinta sobre ella, se han hecho distintos estudios de

resultados sobre la misma, pero seguimos sabiendo sobre la reestructuración cognitiva lo mismo que al principio, hace ya cuatro décadas.

Si no se parte de la base de que la psicoterapia ha de aplicarse de una manera responsable, científicamente hablando, en el sentido de utilizar aquellos procedimientos que se hayan demostrado eficaces/efectivos y sobre los que se tenga una explicación adecuada de su funcionamiento, los últimos perjudicados serán las personas que demandan ayuda psicológica. En el caso del enfoque cognitivo, las terapias constructivistas quedaron totalmente alejadas de la experimentación y de la comprobación empírica y, en el caso de las llamadas terapias racionalistas, se había dado un alejamiento considerable entre el laboratorio y la práctica clínica. Hemos querido llegar a exponer, aunque de manera muy concisa, las características del enfoque constructivista, a pesar de considerarlo fuera de la modificación de conducta, con el objetivo de generar una reflexión acerca de los peligros que puede tener la práctica clínica alejada de unas bases científicas.

Tal como afirmó Barraca (2006), a veces es difícil encontrar puntos comunes en las terapias de tercera generación entre tantas particularidades de cada una pero, a pesar de ello, se han resaltado las asunciones básicas del análisis de la conducta clínica porque han supuesto la re-consideración en modificación de conducta de aspectos hasta entonces olvidados en la práctica clínica: el lenguaje como conducta clínicamente relevante y el contexto terapéutico como lugar en el que se dan los problemas de la vida. Compartimos con el enfoque contextual estos supuestos, toda una declaración de principios que será fundamental en el presente trabajo, a pesar de que no compartimos con ellos las propuestas terapéuticas que, en contra de sus objetivos iniciales, no están íntimamente ligadas a la investigación de laboratorio (como se puede ver reflejado, por ejemplo, en la incorporación de ciertas técnicas bajo un prisma ecléctico) además de que, por el momento, como dice el propio S. C. Hayes (2004), sus resultados son sólo promesas a la espera de confirmación.



## **CAPÍTULO II**

### ***LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA***

Cuando uno se enfrenta a la tarea de definir qué es la reestructuración cognitiva se encuentra que el camino se va haciendo arduo según va conociendo más y más sobre la materia. A diferencia de otras técnicas de modificación de conducta, como la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958), no existe una definición ni un procedimiento consensuado a la hora de aplicarla. Por el contrario, existen tantas propuestas diferentes como autores, muchas de ellas resúmenes de los enfoques originales de Beck y Ellis, y algunas otras innovadoras. Todas ellas tienen en común y como punto central el énfasis en señalar que la reestructuración cognitiva está formada por un conjunto de estrategias terapéuticas que tratan de modificar los pensamientos de la persona, que serían responsables de ciertas conductas o emociones disfuncionales. Además, la reestructuración se define como una técnica que puede ser aplicada a todo tipo de casos clínicos, siempre que la modificación de pensamientos de la persona sea objeto de tratamiento.

Se introducirá este capítulo tratando de definir aquello que se entiende por técnica de reestructuración cognitiva y se pondrá de manifiesto la gran confusión que existe al respecto, tanto en el nivel terminológico como en cuanto a su uso terapéutico. Después, se intentará aportar luz sobre qué es la reestructuración cognitiva presentando un resumen de las propuestas originales de Beck y Ellis. Más adelante, se resumirán algunas de las principales aportaciones de otros autores posteriores. Por último, se hará una reflexión sobre las semejanzas y diferencias entre las propuestas principales de la reestructuración y, a modo de síntesis, se presentarán de forma esquemática las partes fundamentales del procedimiento de la técnica, aclarando qué entendemos por reestructuración cognitiva en la presente tesis doctoral.

## 1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA?

Dentro del enfoque cognitivo-conductual, las técnicas cognitivas se han clasificado de múltiples maneras, si bien una de las clasificaciones más difundidas es la de Mahoney y Arnkoff (1978), que distinguen tres tipos de técnicas: las de reestructuración cognitiva, las de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y las de resolución de problemas. Las técnicas de reestructuración cognitiva incluyen la terapia racional-emotiva de Ellis (Ellis, 1962/1970), la terapia cognitiva de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983), la reestructuración racional-sistemática (Goldfried y Goldfried, 1975, 1986) y el entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1977). Por otra parte, las técnicas de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento incluirían la inoculación de estrés (Meichenbaum, 1977), el entrenamiento en manejo de ansiedad (Suinn y Richardson, 1971), la desensibilización de autocontrol (Goldfried, 1971) y el modelado encubierto (Upper y Cautela, 1977). Por último, el grupo de técnicas de resolución de problemas está formado por la terapia de resolución de problemas (D´Zurilla y Goldfried, 1971), la técnica de resolución de problemas interpersonales (Spivack y Shure, 1974) y el procedimiento de ciencia personal (Mahoney, 1981). En nuestro trabajo nos vamos a centrar en el primer grupo, esto es, las llamadas técnicas de reestructuración cognitiva. Dentro de este grupo de técnicas, Mahoney y Arnkoff incluyeron procedimientos variados, de los cuales destacan especialmente, tanto por su repercusión teórica y clínica, como porque representan la esencia de la reestructuración cognitiva (Bados, 1996), la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck.

Las propuestas de Beck y Ellis son enfoques terapéuticos muy amplios que incluyen una gran variedad de técnicas, no en todos los casos cognitivas, con lo cual queda confuso desde el principio a qué se refiere el término reestructuración cognitiva como técnica particular. De hecho, ¿se puede hablar de una técnica de reestructuración cognitiva? Según Bados (1996) sí se puede hacer alusión a una técnica de reestructuración en sí, que consiste en que “el sujeto, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique, evalúe y discuta sus pensamientos

desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros” (p. 16). Por tanto, el objetivo principal de la técnica es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del cliente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Por otra parte, como queda reflejado en la definición de Bados, se podría afirmar que la *discusión o debate* es el elemento o procedimiento terapéutico central de la técnica de reestructuración cognitiva, a pesar de que los enfoques iniciados por Beck y por Ellis, como se explica en el siguiente apartado, incluyen otros muchos elementos. La relevancia del procedimiento de debate es tal que incluso Padesky (1993; citado en Kennerley, 2007) ha llegado a afirmar que es la piedra angular de la terapia cognitiva en general, no sólo de la técnica de reestructuración. La discusión o debate, salvando las diferencias entre las propuestas principales de la reestructuración cognitiva, trata en esencia de un diálogo, inicialmente del terapeuta con el cliente y, después, del cliente consigo mismo, que finaliza con la modificación de los pensamientos desadaptativos que provocaban en éste emociones y conductas disfuncionales. Lo expuesto hasta el momento refleja la primera confusión que queremos señalar en este capítulo: la identificación en muchas ocasiones de toda la técnica de reestructuración cognitiva con el procedimiento de debate, que en realidad sólo sería uno de sus elementos, si bien el principal. Así, el término *reestructuración cognitiva* se ha utilizado indistintamente tanto para referirse a la técnica en su conjunto, como al debate propiamente dicho, como al proceso y al resultado del cambio “cognitivo”. Por ejemplo, podemos observar que la definición indicada anteriormente del objetivo de la técnica de reestructuración cognitiva coincide con el objetivo del procedimiento de debate en sí: identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del cliente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones.

En la excelente revisión realizada sobre la técnica de reestructuración cognitiva por Carey y Mullan (2004) se puso de manifiesto que la falta de claridad sobre la técnica comienza por la gran variedad de términos que se han

utilizado para denominarla y la ausencia de una definición comúnmente aceptada sobre la misma. Así, éstos ponen de manifiesto que en la literatura científica internacional se han utilizado numerosos nombres para referirse a la técnica de reestructuración y/o al debate, aunque parece que los términos hacen más referencia al procedimiento de debate en sí. Algunos de estos nombres son *técnicas socráticas* (*Socratic techniques*; Overholser, 1988), *descubrimiento guiado* (*guided Discovery*; Beck, Wright, Newman y Liese, 1993), *razonamiento socrático* o *modo socrático* (*Socratic reasoning* o *Socratic manner*; Linehan, 1993), *disputa socrática* (*Socratic disputation*; Bishop y Fish, 1999), *educación socrática* (*socratic education*; Pateman, 1999) o *marco socrático* (*socratic framework*; Tweed y Lehman, 2003), entre otros, mientras que los más utilizados han sido *socratic method* y *socratic questioning*. Como se puede apreciar, la mayoría de términos incluyen el adjetivo “socrático” en referencia al *método socrático*, un término que fue introducido en el lenguaje psicoterapéutico desde mucho antes, aunque fue Ellis en 1971 quien difundió su uso (Carey y Mullan, 2007). El método socrático es un método inductivo de preguntas propuesto originalmente por el filósofo griego Sócrates en el siglo V A.c., a través del cual trataba de ilustrar a los jóvenes atenienses para que se cuestionaran la verdad de las opiniones populares sin hacer uso de la enseñanza directa, primero recurriendo a la *ironía* para tomar conciencia de la propia ignorancia y después a la *mayéutica*, utilizando preguntas que enseñaban al alumno, que tenía la habilidad de responder aunque en principio desconociera la respuesta correcta. En la literatura en castellano sobre todo se utiliza el término *reestructuración cognitiva* para hacer referencia a la técnica en su conjunto, sin embargo, hay una gran variedad de términos utilizados para referirse al debate de ideas desadaptativas del cliente, algunos de los cuales también incluyen el adjetivo “socrático”. Así, en algunos de los más importantes manuales de modificación de conducta publicados en nuestro país los autores principalmente se refieren al debate con términos como *cuestionamiento socrático* (Méndez, Olivares y Moreno, 1998), *discusión* (Maciá, Méndez y Olivares, 1993; Méndez et al., 1998), *técnicas de persuasión verbal* (Carrasco, 1999), *debate* (Carrasco y

Espinar, 2008; Lega, 1991), *desafío verbal* (Bados, 1996), *método socrático* (Bados, 2008) o *refutación* (Lega, 1991). Esta confusión terminológica que se refleja en los manuales está ampliamente extendida entre los clínicos, quienes utilizan indistintamente algunos de estos nombres para referirse a la técnica de reestructuración cognitiva, al debate o a ambos. Por nuestra parte, a lo largo de la presente tesis doctoral utilizaremos los términos *reestructuración cognitiva* y *debate* para referirnos, respectivamente, a la técnica en su conjunto y al procedimiento terapéutico central.

Como exponen Carey y Mullan (2004, 2007), el hecho de encontrar tantos términos nos puede hacer plantearnos si en todos los casos nos estamos refiriendo a la misma técnica o bien se trata de varias diferentes. Estos autores, al igual que nosotros, asumen que se trata de la misma técnica, pero también ponen de manifiesto que la confusión no finaliza en el nivel terminológico y en las citadas revisiones señalan otras contradicciones, inexactitudes e inconsistencias sobre su uso en los siguientes aspectos:

- ¿Cuál es el papel que el terapeuta debe desempeñar?: Overholser (1993a, 1993b, 1994, 1995, 1996, 1999), el autor que ha escrito más extensamente sobre los componentes de la reestructuración cognitiva, en diferentes momentos dice que el terapeuta debe ser un catalizador, un guía, un colega y un asesor. Entonces, ¿debe desempeñar uno de estos papeles o los cuatro?
- ¿Cuándo se debe usar el método socrático, desde el principio o una vez que ha avanzado el tratamiento?
- ¿Cómo debe usarse el método socrático, desde lo concreto hasta lo más abstracto o desde lo abstracto hasta lo concreto?
- ¿Cuáles son los componentes del método socrático?: por ejemplo, Overholser señala hasta 6 componentes, como se expondrá en el apartado 3.2, siendo éste el único autor que ha enumerado algunos de ellos.
- ¿Cuál es el objetivo del método socrático, cambiar las creencias del cliente o ayudarlo a que las cambie él mismo?, es decir, ¿hay que proporcionar al cliente la solución al problema o se debe permitir que sea el cliente quien genere sus propias soluciones?: Beck et al. (1979/1983) proponen que hay

que guiar al paciente de forma colaboradora, sabiendo a dónde hay que dirigirse, mientras que Padesky (1993) afirma que el objetivo es permitir al cliente que genere sus propias soluciones y el terapeuta debe guiar sin saber de antemano la solución a los problemas del aquél; por su parte, DeRubeis, Tang y Beck (2001) argumentan que el terapeuta debe moverse en la frontera entre dirigir al cliente a donde quiere que vaya y permitir que él vaya libremente.

Para tratar de explicar algunas de estas cuestiones veamos autor por autor las propuestas más destacadas sobre la técnica de reestructuración cognitiva, comenzando por las tradicionales de Ellis y Beck y complementando este resumen con algunas otras propuestas relevantes posteriores.

## **2. PROPUESTAS ORIGINALES DE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: ELLIS Y BECK.**

### ***2.1 Terapia comportamental-racional-emotiva de Ellis.***

Ellis afirma que la ineficacia del psicoanálisis lo llevó a desarrollar técnicas más racionales y eficaces con sus clientes<sup>6</sup>, lo que dio lugar a la terapia pionera de reestructuración cognitiva. Fue en 1955 cuando hizo el primer planteamiento de la entonces llamada *terapia racional* y en 1961, junto con su colaborador R. Harper, acuñó el término *terapia racional-emotiva (RET)*, según las siglas en inglés), que expuso en 1962 en el libro *Razón y emoción en psicoterapia* (Ellis, 1962/1970). Fue en 1977 cuando publicó junto a Grieger el primer volumen del *Manual de terapia racional-emotiva* (Ellis y Grieger, 1977/1989), considerado el manual básico más completo de la *RET*, cuyo segundo volumen se publicó en 1986 (Ellis y Grieger, 1986/1990). Ellis añadió, bastantes años después, en 1993,

---

<sup>6</sup> Durante la exposición de la obra de los distintos autores se utilizará el término paciente o cliente respetando el término usado por cada uno de ellos. Sin embargo, en el resto del presente capítulo y demás capítulos de la tesis utilizaremos el término cliente para referirnos a la persona que demanda ayuda psicológica, por considerar que esta palabra refleja la necesidad de que la persona en tratamiento se implique de una manera activa en el desarrollo del mismo.

el adjetivo “comportamental” al nombre de esta terapia que, a partir de ese momento, se denominaría *terapia comportamental-racional-emotiva (REBT*, según las siglas en inglés) para resaltar la parte conductual de este tratamiento. En función de esto actualizó en 1994 el libro *Razón y emoción en psicoterapia* y diferentes manuales han recogido los aspectos teóricos y prácticos para su aplicación en terapia, como el que escribió en castellano junto a Lega y Caballo en 1997 (Lega, Caballo y Ellis, 1997) o el escrito en lengua inglesa junto a MacLaren en 1998 y que fue traducido al castellano en 2004 (Ellis y McLaren, 1998/2004). A pesar de los cambios que se han ido introduciendo, el esquema general en el que se basa la *REBT* permanece prácticamente igual desde sus orígenes. Ellis ha publicado diversos manuales en los que presenta la aplicación de la *RET* o la *REBT* a diferentes problemas psicológicos; caben destacar las aplicaciones a los trastornos de personalidad y psicóticos (Ellis, 1988), problemas obsesivo-compulsivos (Ellis, 1997), problemas de ansiedad en general (Ellis, 2000), problemas de relación interpersonal (Ellis, 2001) y problemas sexuales (Ellis, 2004).

Veamos un resumen de la terapia comportamental-racional-emotiva basándonos en el manual básico de Ellis y Grieger (1977/1989) y los más recientes de Lega et al. (1997) y Ellis y McLaren (1998/2004).

### **2.1.1 Base teórica.**

El presupuesto básico de esta terapia se puede resumir en la teoría A-B-C:

- En el punto A (experiencia activadora o acontecimiento activador) ocurre algo.
- En el punto C (consecuencia emocional y/o conductual) la persona reacciona ante lo que ocurre en el punto A.
- Erróneamente se tiende a pensar que A causa C. Esta conclusión es falsa, puesto que C no proviene automáticamente de A sino de B, que es el sistema de creencias de la persona.

En resumen, A (el acontecimiento activador) no causa directamente C (la consecuencia emocional y/o conductual) sino que lo causa B (las creencias acerca de A). El sistema de creencias del individuo se forma a partir de la combinación de la herencia biológica y las tendencias a aprender por sí mismo, así como por la influencia de la sociedad, la familia y otras instituciones, lo que da lugar a una gran cantidad de creencias irracionales que conducen a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad de la persona. Esto no quiere decir que las personas no puedan experimentar ningún cambio, pero sí que desarrollan fácilmente un rasgo y encuentran dificultad en modificarlo o eliminarlo. Hay infinitas creencias irracionales, pero cualquiera de ellas se puede incluir en una de las cuatro formas esenciales: *necesidad-perturbadora*, *sentirse horrible*, *no poder soportar algo* y *autocondena o condena a los demás*. Cualquiera de estas creencias irracionales está relacionada con al menos una de tres nociones básicas: hacer peticiones absolutistas a sí mismo, a los otros y al mundo. Frente a las creencias racionales, que son probabilísticas y se expresan en términos de deseos, las creencias irracionales son dogmáticas y se expresan en términos de obligación o exigencia. Las creencias irracionales están relacionadas con formas ilógicas de pensar, como generalizar o etiquetar de manera extrema.

Ellis reconoce que esta teoría se basa en la ética estoica, que apunta que no son las cosas en sí mismas sino las opiniones que tenemos de ellas las que nos perturban. Es decir, la idea básica del A-B-C es que los pensamientos, en forma de verbalizaciones o de imágenes, afectan a la emoción y la conducta humanas. Por tanto, los métodos que trabajan sobre los pensamientos irracionales, también modificarán eficazmente las consecuencias emocionales y conductuales desadaptativas. Ellis ejemplifica cómo el A-B-C se aplica a distintos tipos de trastornos (por ejemplo, desórdenes impulsivos, problemas de pareja y sexuales o problemas psicóticos), en los que son las creencias irracionales las responsables principales de las más variadas alteraciones y aporta una gran cantidad de argumentos ejemplificados en casos concretos para debatir tales ideas. En cuanto a los problemas de depresión, la conceptualización coincide con la de la terapia

cognitiva de la depresión, incluso son los propios Beck y Shaw los que escriben esta parte en el texto de 1977.

### 2.1.2 Procedimiento.

Se define el proceso terapéutico de la *REBT* como una experiencia de reeducación cognitiva-emocional en la que, además de los fines primarios (minimización de alteraciones), existen otros objetivos constructivos, como alcanzar el interés propio, auto-dirección, tolerancia, aceptación de la incertidumbre, flexibilidad, forma científica de pensar, compromiso, riesgo y auto-aceptación. Para alcanzar estos objetivos, la *REBT* normalmente emplea una amplia diversidad de técnicas cognitivas-emotivas-conductuales, que se utilizarán primero para reducir los síntomas que más interfieren. Este eclecticismo metodológico, según Ellis, está bien fundamentado teóricamente porque desde la *REBT* se cree: 1) que las personas piensan, se emocionan y se comportan simultánea y transaccionalmente; 2) que cuando las personas se perturban a sí mismas, normalmente lo hacen en las tres esferas (pensamiento, emoción, conducta) y por eso es deseable un esfuerzo terapéutico multimodal. Veamos un listado de técnicas<sup>7</sup> que se utilizan frecuentemente en la *REBT* (según las necesidades del caso):

- Técnicas cognitivas: dar información sobre el problema, debates A-B-C-D-E, afirmaciones de aceptación racional, poner ejemplos, establecer referencias, tareas de biblioterapia y psicoeducativas, hacer proselitismo, reformular, parar y observar.

---

<sup>7</sup> Tanto en el caso de Ellis como en el de Beck se expondrán las técnicas respetando la clasificación original de los autores, que creemos que en algunos casos no es conceptualmente correcta. Por ejemplo, Beck clasifica como conductuales técnicas que se podrían clasificar como cognitivas (pues se trabaja directamente con el componente de respuesta cognitivo-verbal) y como cognitivas técnicas que se podrían llamar conductuales (trabajan directamente con el sistema de respuesta motor). Pero, más allá de esto, consideramos que, aunque por razones históricas se pudieran clasificar las técnicas como cognitivas vs. conductuales, tal diferencia es innecesaria y se podrían considerar todos estos procedimientos como conductuales, sin necesidad de hacer referencia al sistema de respuesta predominante sobre el que trabajan, puesto que bien sea el sistema motor, el cognitivo o el fisiológico, todos ellos son conducta, aunque en el caso del sistema cognitivo sea conducta encubierta, y por tanto, se rigen por los mismos principios de aprendizaje, además de estar íntimamente relacionados entre sí.

- Técnicas emotivas: ejercicios de correr riesgos, imaginaciones racional-emotivas, ejercicios no verbales, verbalizaciones emotivas, feedback emotivo, psicodrama, inversión de papeles, motivar, ejercicios de encuentro.
- Técnicas conductuales: ejercicios para tratar la vergüenza, entrenar la habilidad, utilización de refuerzos y castigos, tareas paradójicas, desensibilización in vivo, actuar según las creencias racionales.
- Métodos más convencionales de psicoterapia: a veces utilizan, aunque muy poco, técnicas como el análisis de los sueños, el reflejo sensorial, el restablecimiento de la seguridad y la abreacción o catarsis.

Previamente al tratamiento en sí y después, de forma continuada durante el tratamiento, se dedica un tiempo a la evaluación y la finalidad es descubrir los tres términos de la teoría A-B-C. Para ello se entrevista al cliente y se le aplican algunos tests y formularios de datos biográficos. Se suele comenzar para ello con C, identificando las consecuencias emocionales y conductuales, después se revisa qué situaciones, A, están relacionadas con tales consecuencias, y el paso siguiente será identificar las creencias, B. También habrá que encontrar si existen problemas secundarios provocados por los pensamientos del cliente sobre los problemas primarios.

Aunque no es la técnica exclusiva de la *REBT*, la disputa de creencias irracionales sí es la técnica básica. Consiste en el uso del método lógico-empírico de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente. En primer lugar, se enseña a los clientes a examinar las frases que se dicen y más tarde se les ayuda a que las anulen. La mayor parte del tiempo el terapeuta utiliza la forma socrática de cuestionar en vez de hacer frases declarativas. Veamos los pasos básicos de la disputa:

#### 1.- Detectando las creencias irracionales:

Una vez que se ha explicado al cliente la teoría A-B-C, se le enseña mediante un diálogo didáctico a examinar C y A en distintos casos y explorar y analizar con preguntas los procesos de pensamiento (B) que se están dando entre

A y C. Otro método consiste en que el cliente identifique sus ideas irracionales a partir de los múltiples listados existentes.

2.- Discutiendo: debatiendo, distinguiendo y definiendo las creencias irracionales:

Esto es lo que se conoce como el punto D del proceso, el debate o diálogo socrático. Consiste en hacer preguntas retóricas para discutir la creencia falsa con la finalidad de destruir o al menos minimizar las creencias irracionales. En resumen, el método de la discusión en la *REBT* consiste en varias clases de reestructuración cognitiva, incluyendo la averiguación de las irracionalidades, el debate enérgico contra ellas, la distinción entre el pensamiento lógico e ilógico y la definición y redefinición semántica que ayude a detener la supra-generalización y mantenerse más cerca de la realidad. De forma resumida, se enseña al cliente a hacerse estos tipos de preguntas: ¿dónde está la lógica de que Y deba seguir a X? (debates lógicos), ¿esta forma de pensar es objetiva? (debates empíricos), ¿esta forma de pensar te está sirviendo de ayuda? (debates funcionales) y, aunque las cosas sean así, ¿todavía puede existir algo de satisfacción en tu vida? (debates filosóficos).

3.- Consiguiendo un nuevo efecto o filosofía:

El resultado final de la *REBT* consiste en conseguir un nuevo efecto o filosofía (E) que permita pensar semi-automáticamente sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una forma más sensata en el futuro. Junto con el nuevo efecto cognitivo o filosofía, se conseguirá un nuevo efecto emotivo (“sentimientos sanos” frente a los “sentimientos enfermizos”) y un nuevo efecto conductual. Para poder deshacer las creencias irracionales y mantenerlas controladas permanentemente, hay que practicar muchas veces los A-B-C y los D-E, incluso con un registro escrito que Ellis denomina *Formulario de ayuda de la terapia comportamental-racional-emotiva*. Todos estos pasos se entrenan en sesión con el terapeuta, pero debe ser el cliente quien termine realizando el auto-análisis racional, al principio con situaciones más sencillas y hasta que llegue a

ser algo habitual. La psicoterapia eficaz requiere mucho trabajo personal activo-directivo, especialmente en forma de práctica en vivo.

En cuanto al estilo típico del terapeuta comportamental-racional-emotivo, éste es activo-directivo, excepcionalmente activo verbalmente, didáctico, favoreciendo una relación profesional (no personal) con los clientes y con gran énfasis en la aceptación incondicional. Ellis propone también el uso del humor como herramienta terapéutica.

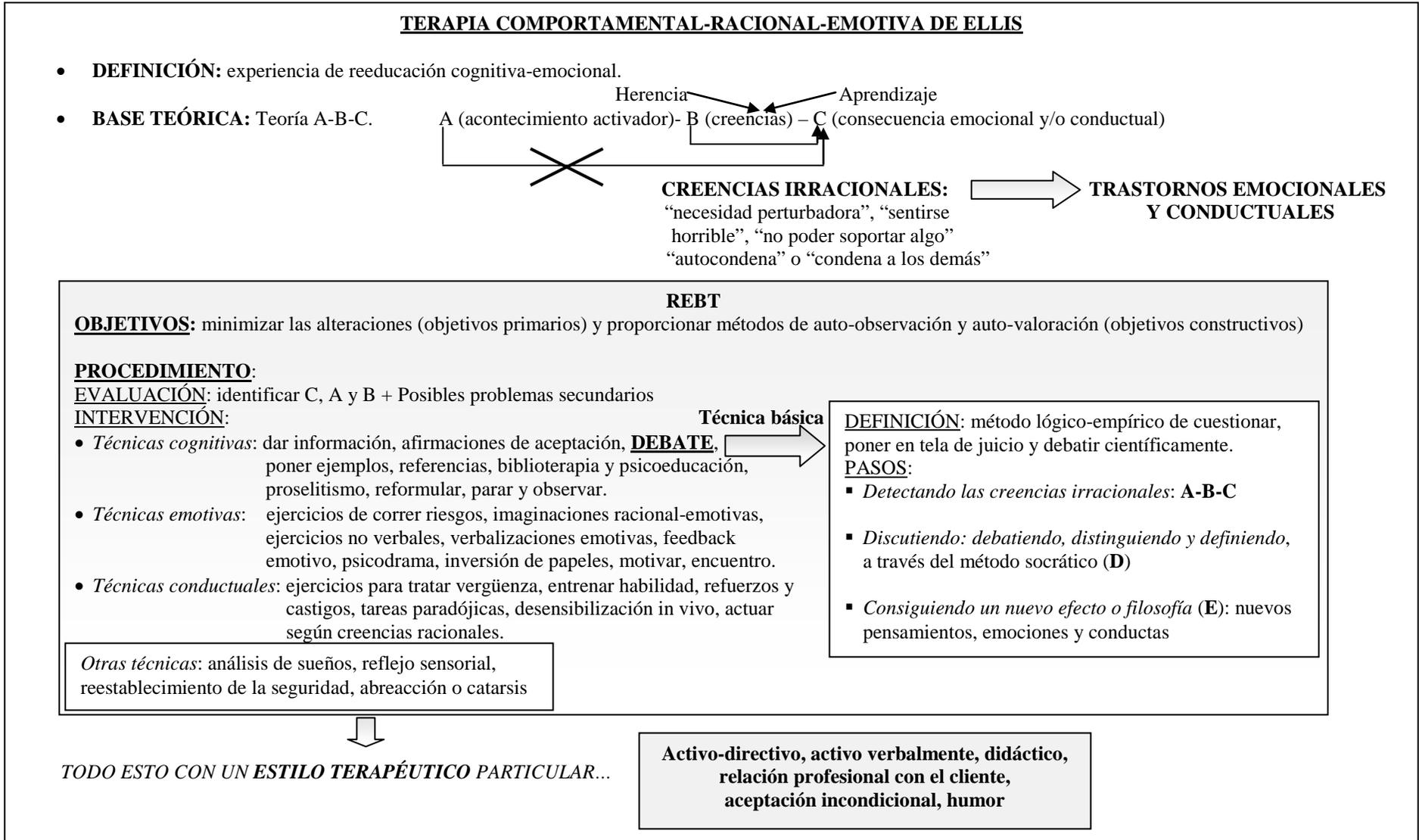
En la figura II.1 se recoge la información expuesta sobre la *REBT*.

## **2.2 *Terapia cognitiva de Beck.***

Beck explica que su propuesta surgió en la década de 1950 a partir de su descontento con el modelo psicodinámico, al igual que en el caso de Ellis. Así, en 1967 se publicó por primera vez su modelo de la depresión en el libro *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, aunque no fue hasta 1979 cuando se publicó el manual básico de la terapia cognitiva de la depresión (Beck et al., 1979/1983). Este planteamiento se extendería después, sin modificar en nada los aspectos esenciales, de la depresión a otros problemas psicológicos, como los problemas de pareja (Beck, 1988), los problemas por abuso de sustancias (Beck et al., 1993), los problemas de violencia (Beck, 1999), los trastornos de personalidad (Beck et al., 2003), la ansiedad y las fobias (Beck, Emery y Greenberg, 2005) o la esquizofrenia (Beck, Rector, Stolar y Grant, 2008). De este modo, se puede considerar la terapia cognitiva de Beck como una terapia general, no dirigida exclusivamente a problemas de depresión.

A continuación se exponen los elementos básicos de esta terapia, basándonos en el manual de Beck y colaboradores (1979/1983) que, a pesar de su fecha de publicación y la variedad de problemas a los que se ha aplicado, sigue siendo el texto de referencia hoy en día.

Figura II.1. Esquema de la terapia comportamental-racional-emotiva de Ellis.



### 2.2.1 Base teórica.

Existen tres conceptos clave para explicar la depresión (y los demás problemas psicológicos) y sobre ellos se articula la terapia cognitiva:

- *La tríada cognitiva*: hace referencia a tres patrones cognitivos de la persona referidos a sí mismo, al mundo y al futuro. En el caso de la depresión se caracterizan por pensamientos automáticos negativos sobre sí mismo, las propias experiencias y el futuro.
- *Los esquemas*: son patrones cognitivos estables en una persona que se forman en la infancia y constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por circunstancias ambientales específicas.
- *Errores o distorsiones cognitivas*: son errores sistemáticos de procesamiento de la información, como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico. Los errores cognitivos actuarían a modo de filtros para la información mediando entre los esquemas y los pensamientos automáticos sobre la persona, el mundo y el futuro, que constituyen la tríada cognitiva.

### 2.2.2 Procedimiento.

En cuanto a la forma de llevar a cabo la terapia cognitiva, los autores la definen como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones. En principio, la duración de la terapia oscila en torno a 15-20 sesiones con una frecuencia semanal.

Los autores hacen mucho hincapié en determinadas características y habilidades interpersonales que debe mostrar el terapeuta cognitivo y que son tan importantes como la formación teórica y técnica en la materia: aceptación, empatía y autenticidad. Se puede utilizar el humor en terapia, pero con cuidado de que el paciente no se sienta ridiculizado. Por otra parte, la relación terapéutica debe basarse en la confianza, la comunicación y la colaboración mutua paciente-

terapeuta. Se necesita la participación activa por parte del paciente, con quien el terapeuta se encuentra en continua interacción. Se resalta en diversos puntos del manual que es muy importante ayudar al paciente a modificar sus pensamientos, de forma didáctica, pero dejándolo que descubra por sí mismo las alternativas.

En cuanto a la estructura de la terapia, se puede señalar el siguiente esquema:

- Evaluación:

El psicólogo debe identificar los síntomas objetivos del paciente, que pueden ser de cinco tipos: afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Para ello y para medir objetivamente la efectividad del tratamiento, dispone de instrumentos más allá de la entrevista y la historia clínica, como registros y autoinformes.

- Preparar al paciente para la terapia cognitiva:

Se le explica el fundamento teórico y se le dan expectativas realistas sobre el éxito del tratamiento.

- Establecer los objetivos de la terapia:

Los objetivos serán eliminar los síntomas y prevenir las posibles recaídas. En primer lugar, se busca reducir los síntomas, pero siempre se debe continuar por modificar los supuestos inadecuados que subyacen a estos síntomas, que es el objetivo último. Los autores resaltan en numerosas ocasiones la importancia de que la terapia se ajuste a las necesidades y características personales del paciente, por lo que los objetivos del tratamiento siempre se discutirán con él.

- Aplicación de técnicas:

Para cumplir estos objetivos se cuenta con una amplia variedad de técnicas conductuales y cognitivas. En el caso de la depresión, se suele comenzar con las conductuales para recuperar el nivel de actividad previo y después se utilizan técnicas cognitivas, aunque, si desde el principio del tratamiento se

pueden explorar los pensamientos del paciente, pueden aplicarse éstas directamente. Las técnicas que se proponen como conductuales son la programación de actividades, las técnicas de dominio y agrado, la asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento en asertividad y role-playing. Las técnicas que se denominan cognitivas incluyen entrenar al paciente para observar y registrar los pensamientos (utilizando el contador de pulsera o registros con columnas de Datos, Situación, Emociones, Pensamientos automáticos, Respuesta racional y Resultado) así como utilizar la lógica con preguntas que ayuden a someterlos a prueba de realidad, hacer re-atribuciones y buscar soluciones alternativas. A medida que avanza la terapia y los síntomas disminuyen, el objetivo principal de la terapia es la modificación de los supuestos incorrectos. Para ello, primero se trabaja en la identificación de los mismos, tarea en la que colaboran terapeuta y paciente basándose en los pensamientos automáticos de este último. Para modificar los supuestos se utilizan las mismas técnicas conductuales y cognitivas que para modificar los pensamientos automáticos, teniendo en cuenta que el modo más potente para modificarlos es actuar en contra de ellos (las técnicas denominadas conductuales tienen el doble objetivo de instaurar formas de conducta adaptativas para el paciente y cambiar el pensamiento).

- Terminación de la terapia:

Se va preparando a lo largo del tratamiento favoreciendo la autonomía del paciente. También se programa con él cómo resolver dificultades futuras.

Los autores dan mucha importancia a la planificación de la terapia y, para ello, además de programar los objetivos del tratamiento, habrá que establecer la agenda de cada sesión para ayudar a cumplir los objetivos establecidos y facilitar la continuidad entre sesiones. En cuanto a la estructura de cada sesión, en general, se pueden señalar las siguientes partes: revisión de la semana, acordar con el paciente la agenda de la sesión, aplicación de técnicas, tiempo para que el paciente exprese sus comentarios y dudas y para resumir en qué ha consistido la

sesión y, por último, mandar tareas para casa para mantener los cambios que se dan en la terapia.

Toda la información que se ha expuesto sobre la terapia cognitiva de Beck se presenta a modo de esquema en la figura II.2.

### **3. MÁS ALLÁ DE ELLIS Y BECK. ALGUNAS APORTACIONES DESTACADAS SOBRE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.**

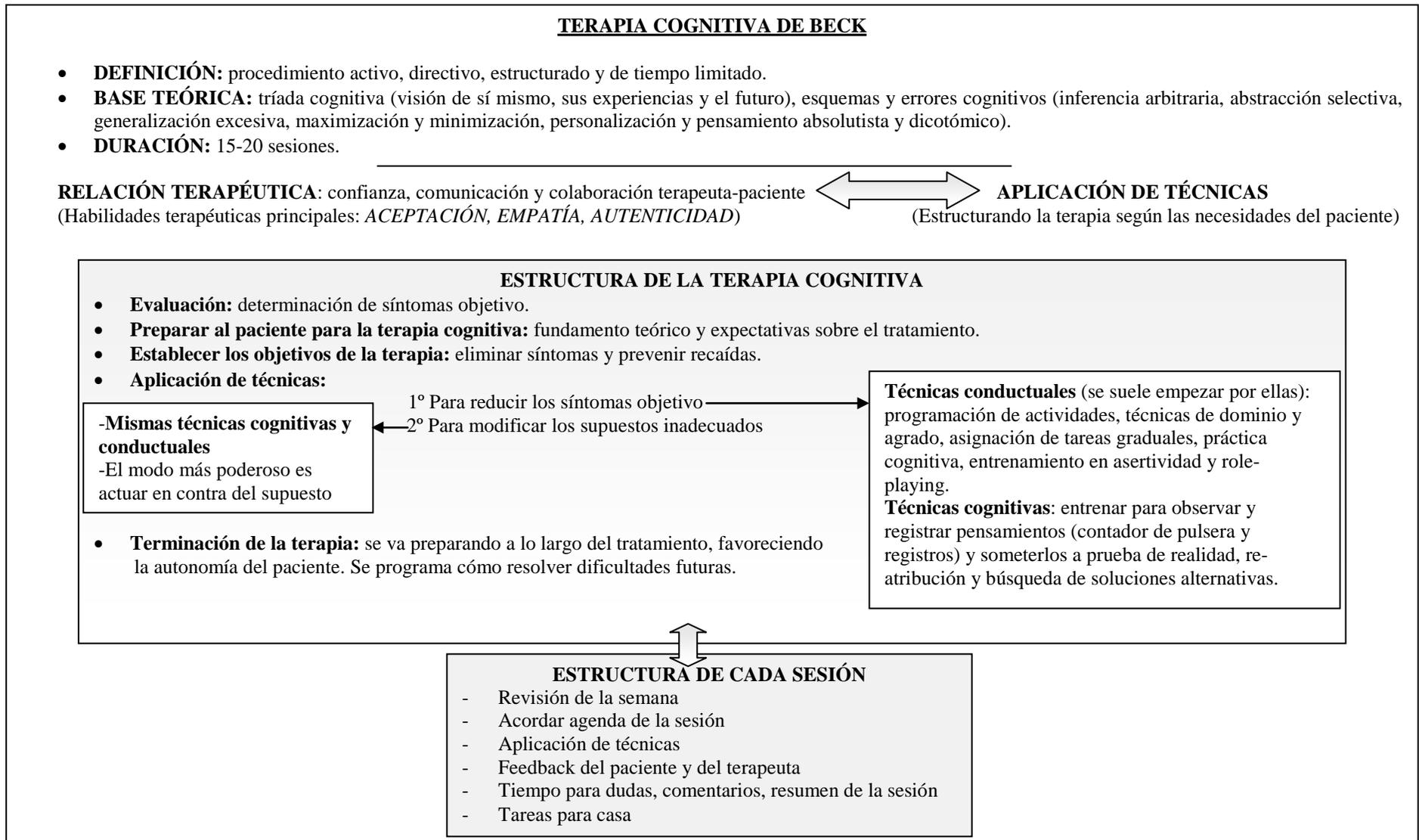
#### ***3.1 Una propuesta alternativa: reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried.***

Propuesta por M. R. Goldfried y A. P. Goldfried (1975, 1986), fue citada como una de las técnicas del grupo de reestructuración cognitiva en la clasificación de Mahoney y Arnkoff (1978), aunque su trabajo no tuvo una repercusión comparable al resto de técnicas incluidas en este grupo. Según explican los propios autores, su propuesta está basada en la de Ellis y, aunque no aportaron ningún elemento cualitativamente diferente de los ya propuestos por este autor o por Beck, son destacables algunas novedades en el procedimiento y su esfuerzo por describir más detalladamente los pasos que el clínico habría de seguir para aplicar la técnica. Entienden la reestructuración racional sistemática como un procedimiento para enseñar a los clientes habilidades de afrontamiento y manejo de situaciones problemáticas, que se implementaría en 4 pasos:

1.- Ayudar a los clientes a reconocer que las cogniciones funcionan como mediadoras de la activación emocional: es preferible utilizar ejemplos y preguntas, más que una explicación teórica.

2.- Ayudar a los clientes a identificar la irracionalidad de ciertas creencias: el objetivo no es solamente hacer que los clientes convengan en que ciertas creencias son poco realistas, sino también comenzar a generar una serie de

**Figura II.2. Esquema de la terapia cognitiva de Beck.**



razones concretas que den cuenta de lo poco racionales que son estas creencias. En esta fase el procedimiento se lleva a cabo con ejemplos no relacionados con el problema del cliente para que la implicación personal no interfiera con la capacidad de generar contra-argumentos creíbles.

3.- Ayudar a los clientes a que entiendan que las cogniciones poco realistas funcionan como mediadoras de sus propias emociones desadaptativas: ahora el terapeuta pasa a centrarse en los problemas personales concretos. Para ello, se exploran sistemáticamente las situaciones potencialmente perturbadoras de la vida del cliente, haciéndole notar cómo influyen sus expectativas en sus emociones y en su conducta. Se analizan dos posibles fuentes de irracionalidad: la probabilidad de que las interpretaciones que hace de determinadas situaciones sean realistas y las implicaciones últimas de la manera de etiquetar la situación.

4.- Ayudar a los clientes a cambiar sus cogniciones poco realistas: el procedimiento que proponen es similar a la desensibilización sistemática pero en este caso la habilidad que hay que aprender es la reevaluación racional y no la relajación. Se utiliza una jerarquía de situaciones, de menos a más perturbadoras, para poner a los clientes en condiciones de afrontar sistemáticamente una por una. El terapeuta describe la situación y los clientes se imaginan en ella y evalúan en qué medida se sienten nerviosos. Si su reacción excede un determinado nivel, identifican el pensamiento poco realista que se están diciendo a sí mismos. Después de evaluar la situación en términos más realistas, deben fijarse de nuevo en su nivel de ansiedad. Después de promover la reevaluación racional en la consulta, a través de la imaginación o a veces a través de práctica conductual, debe animarse a los clientes a que utilicen el mismo procedimiento en las situaciones perturbadoras cotidianas y a que hagan autorregistros de ello.

### ***3.2 Los esfuerzos de algunos autores destacados por clarificar el procedimiento o los componentes de la reestructuración cognitiva.***

A partir de las aportaciones originales de Beck y Ellis se empezó a generar una ingente cantidad de literatura sobre la técnica de reestructuración cognitiva. Gran parte de estos escritos son manuales dirigidos a profesionales que, si bien no aportan novedades sobre la técnica, constituyen valiosos intentos por explicar cómo se ha de desarrollar la reestructuración y, por tanto, guiar la práctica clínica de aquellos psicólogos interesados en utilizar esta técnica. Entre todos ellos, cabría destacar diferentes textos de distintas épocas por su gran difusión o utilidad práctica, como el de McMullin y Giles (1981), el de Bernard (1991), el de Padesky y Greenberg (1995), el de Dryden, DiGiuseppe y Neenan (1995) o el de Kennerley (2007).

Por otra parte, no podemos dejar de destacar el trabajo de J. C. Overholser que, como se indicó anteriormente, ha escrito extensamente sobre los componentes de la reestructuración. Entre 1993 y 1999 publicó una serie de seis artículos en los que analizó el método socrático en un nivel teórico, sin que su trabajo suponga una guía práctica para los terapeutas. En cada uno de estos artículos destaca un elemento diferente del método socrático, aclarando previamente el autor que entiende dicho método como un estilo de entrevista compatible con la mayoría de las formas de terapia y no como un enfoque diferenciado de psicoterapia, aunque reconoce que juega un papel especialmente importante en la terapia cognitiva de Beck, en la *REBT* y en la terapia psicodinámica.

El primero de los componentes es el *cuestionamiento sistemático*, que es el componente más usado. En él el terapeuta hace una serie de preguntas para moldear los procesos de pensamiento del cliente. Overholser (1993a) describe este componente en función del formato de las preguntas, del contenido de las mismas y del proceso que se lleva a cabo. En cuanto al formato, conocer éste es importante porque puede influir en el efecto de la pregunta. Señala siete tipos de preguntas: de memoria, de traducción, de interpretación, de aplicación, de análisis, de síntesis y de evaluación. En cuanto al contenido de las preguntas, el

autor hace una comparación entre el método de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried y el cuestionamiento. Sobre el proceso del cuestionamiento, éste comienza por una pregunta principal, seguida de una explicación del cliente y una defensa de su pensamiento, después se progresa secuencialmente por otras preguntas principales y se va alternando el cuestionamiento con partes de explicación.

Overholser (1993b) indicó que el segundo componente es el *razonamiento inductivo*, cuyo proceso básico implica analizar semejanzas y diferencias entre experiencias específicas para extraer un principio general. Enumera tres tipos de razonamiento inductivo: generalizaciones por enumeración, comparaciones analógicas y razonamiento causal eliminativo. Como fundamental, destaca la importancia de que sea el cliente el que descubra, no que el terapeuta instruya.

El tercer componente son las *definiciones universales* (Overholser, 1994) y tienen mucho que ver con los dos anteriores pues, según explica el autor, se utiliza el cuestionamiento sistemático y el razonamiento inductivo para derivar definiciones universales que tienen que ver con los problemas del cliente. Estas definiciones pueden ayudar a los clientes a evaluar si los términos que usan y las generalizaciones que hacen son apropiadas. Overholser explica con detalle los posibles contenidos y procesos de formación de las definiciones y sus funciones para la terapia: clarificar la pertenencia a la categoría, identificar causas posibles, construir nuevo conocimiento, ampliar la perspectiva del cliente, limitar las sobregeneralizaciones inapropiadas y guiar el cambio de comportamiento. Se usa un proceso de moldeamiento para mejorar la definición y la visión del cliente sobre el tema.

Los elementos cuarto y quinto son, respectivamente, la *desautorización del conocimiento* (Overholser, 1995) y la *auto-mejora* (Overholser, 1996), que son aspectos importantes a tener en cuenta en cualquier momento de la aplicación del método socrático. La desautorización del conocimiento o ignorancia socrática es la capacidad para flexibilizar y relativizar aquello que pensamos, algo que tiene que aplicar el terapeuta en sesión y el cliente ha de aprenderlo, lo que ayudará a reducir su creencia en pensamientos injustificados y promover la búsqueda de

nueva información y las habilidades de pensamiento crítico. El otro elemento fundamental que guía la aplicación clínica del método socrático es el foco en la auto-mejora del cliente, dividida en auto-conocimiento, auto-aceptación y auto-regulación.

Por último, el sexto elemento hace referencia a contenidos que constituyen objetivos relevantes para la terapia, en concreto, relacionados con *promover la virtud en el día a día* (Overholser, 1999). Se favorece un proceso de búsqueda de información y definiciones y se anima al cliente a cuestionar sus actitudes y valores, centrandó la discusión en cinco virtudes: sabiduría, coraje, moderación, justicia y piedad.

A pesar de reconocer la relevancia de la obra de Overholser, que hizo un importante y original trabajo de análisis de la técnica de reestructuración, también hemos de señalar algunas de las limitaciones de su aportación. En primer lugar, no queda claro si se está refiriendo al análisis de la técnica de reestructuración o si más bien está haciendo un estudio del procedimiento de debate. Los tres primeros componentes están mucho más operativizados que los siguientes y, en especial, el sexto componente, que es claramente cuestionable, pues hace referencia a contenidos que no sería correcto trabajar en todos los casos por defecto sino que habría que estudiar de manera particular para cada cliente lo que se debe o no debatir con él. Como resumen, podríamos calificar este análisis de útil para el estudio de la técnica, principalmente en cuanto a sus tres primeros componentes, referidos a aspectos de procedimiento. Aunque no aporta datos empíricos sobre el uso de estos componentes, este autor ha señalado aspectos que consideramos que sería deseable abordar desde la investigación de procesos, por ejemplo, estudiando el formato de preguntas que los terapeutas utilizan o el uso de las definiciones de términos.

#### **4. RESUMEN: PROCEDIMIENTO BÁSICO DE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.**

Con toda la información contenida en los apartados 2 y 3 del presente capítulo podemos concluir aquello que ya decíamos en el apartado 1, es decir, que existe una gran confusión en torno a la técnica de reestructuración cognitiva que trasciende a la mera confusión terminológica. Se han hecho numerosos planteamientos sobre la técnica con informaciones diferentes y no consensuadas, lo cual puede generar desconcierto en el clínico cuando pretende enfrentarse a la tarea de aprender a aplicar la reestructuración cognitiva y, cómo no, también en el investigador que se enfrenta a la tarea de saber más sobre esta técnica. Existen numerosos aspectos específicos de la propuesta de la técnica de reestructuración que hace cada uno de los autores señalados en las páginas anteriores, pero también múltiples puntos en común, lo cual permite, desde nuestro punto de vista, que podamos referirnos a una técnica de reestructuración más allá de cualquier enfoque concreto.

En relación con las que hemos considerado las propuestas principales de reestructuración cognitiva, las de Ellis y Beck, merece la pena hacer un análisis en profundidad de sus diferencias y semejanzas en este momento en que tratamos de concluir cuál es el procedimiento básico de la técnica. A simple vista tienen un gran parecido y los propios autores han puesto de manifiesto en diferentes momentos que, a pesar de las diferencias que puedan existir entre sus planteamientos, éstos tienen notables semejanzas. Así, Padesky y Beck (2003) y, por otra parte, Ellis (2003) indican que la terapia cognitiva y la *REBT* tienen muchas cosas en común, sobre todo el énfasis de ambas en señalar que las creencias del cliente son el centro de la conceptualización del caso y de la planificación del tratamiento. Por otra parte, ambos autores señalan ciertas características diferenciales de sus propuestas y las ventajas de las mismas. Comenzando por Padesky y Beck, éstos indican que la principal diferencia entre ellas radica en el origen y desarrollo de ambas terapias dado que, mientras Beck buscó evidencia empírica para elaborar su teoría y terapia para la depresión y,

posteriormente, para otros trastornos, Ellis basó su modelo teórico y su propuesta clínica en la filosofía. Además, argumentan que la práctica de la terapia cognitiva tiene algunas diferencias sutiles relevantes en comparación con la *REBT*: el terapeuta no valora si una creencia es sana por el contenido en sí mismo sino por la funcionalidad que cumple para el paciente, se pone énfasis en el descubrimiento guiado más que en la refutación directa de creencias, se considera la interacción recíproca entre emoción, pensamiento y conducta desde su propuesta inicial mientras que Ellis incorporó este aspecto más tarde, se trabaja con los niveles de pensamiento que se han comprobado empíricamente para cada trastorno y no se actúa por defecto igual en todos los casos y, para terminar, se maneja un estilo terapéutico más colaborador. Por su parte, Ellis (2003) señala una larga lista de diferencias que resume en que la *REBT* y la terapia cognitiva de Beck difieren en la manera en que aplican las técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, pues los terapeutas que se adscriben a su propuesta las utilizan de una manera más enérgica, directa, fuerte, rápida, filosófica y con mayor dedicación que los seguidores de la terapia cognitiva de Beck.

Más allá de las semejanzas, diferencias, ventajas o inconvenientes que cada uno de los autores pueda señalar, que en algunos casos serían cuestionables y, además, podrían estar sesgados por un afán de defender la propuesta propia, de la lectura de los manuales de referencia de ambos enfoques terapéuticos se puede concluir que éstos son notablemente similares, desde sus modelos teóricos, su origen en el descontento con el modelo psicoanalítico, hasta los objetivos que se proponen e incluso muchos aspectos de sus procedimientos terapéuticos. Estas semejanzas se refieren en su mayor parte a los aspectos fundamentales, sin embargo, si lo analizamos en detalle, podemos encontrar diferencias interesantes, las más importantes de las cuales se exponen a continuación agrupadas por su contenido.

En primer lugar, ambas propuestas coinciden en señalar el papel central que los pensamientos tienen en las alteraciones psicológicas (véase también Pérez, 1996b) e incluso hay similitud en el contenido de ciertas creencias irracionales de

Ellis y algunos pensamientos distorsionados de Beck, si bien éste último distingue explícitamente entre distintos niveles de pensamiento y Ellis no lo hace. Con respecto a un aspecto más práctico, la relación terapéutica, aunque ambos hacen referencia a la colaboración terapeuta-cliente, Beck hace especial énfasis en la misma y Ellis, por su parte, resalta más un papel autoritario-directivo del terapeuta; ambos hablan de la importancia de ser didácticos. La siguiente diferencia tiene que ver con el énfasis filosófico-constructivista de la propuesta de Ellis: aunque el objetivo común y final de ambos enfoques es modificar los pensamientos automáticos/esquemas cognitivos o las creencias irracionales, Ellis propone, además, unos objetivos constructivos, como alcanzar el interés propio, la auto-dirección, etc. En cuanto a la aplicación de técnicas durante el tratamiento, ambos plantean el uso de técnicas cognitivas y conductuales (sin que coincidan plenamente las que incluyen en cada grupo), aunque Ellis añade también técnicas emotivas e incluso métodos de las psicoterapias tradicionales. Por otra parte, en los dos casos el debate es el procedimiento central y, aunque en ningún caso está detallado de forma operativa para que cualquier terapeuta lo pueda aplicar sistemáticamente, el procedimiento del debate según Ellis está más especificado e incluye muchos más ejemplos ilustrativos que el de Beck. Así, se puede deducir de los escritos de Ellis un estilo más directivo en el debate, con un lenguaje más “duro” (se propone al terapeuta atacar directamente, desde la primera sesión, las creencias irracionales del cliente; véase también Martin y Pear, 2008).

Si bien resulta importante el análisis de semejanzas y diferencias, como decíamos anteriormente, más allá de estas diferencias entre Beck y Ellis o los demás autores que han escrito sobre el tema, es posible referirnos a una técnica de reestructuración cognitiva. Merece la pena destacar en este punto la propuesta que Bados (1996) hace del procedimiento que en esencia constituye la técnica de reestructuración sin adscribirse a ninguno de los modelos predominantes previamente presentados. A continuación se expone un resumen de este procedimiento, que consideramos refleja de manera muy acertada en qué consiste

la técnica. Este autor explica que durante la aplicación de la reestructuración cognitiva el terapeuta ha de ayudar al sujeto a:

- Identificar las cogniciones pertinentes: la identificación de pensamientos no es simplemente una fase inicial sino un proceso continuo que se prolonga a lo largo del tratamiento. Para que se puedan identificar, habrá que entrenar a la persona y se comenzará dando información sobre la naturaleza de las cogniciones, haciendo énfasis en la dificultad que tiene muchas veces la identificación de los pensamientos, que suelen pasar desapercibidos. Existen numerosas técnicas de evaluación pero destaca el autorregistro, que ayuda a que el cliente sea más consciente de sus pensamientos.
- Comprender el impacto de las cogniciones sobre las reacciones emocionales y conductuales: antes de someter a prueba los pensamientos es necesario que la persona vea la relación entre cogniciones, emociones y conductas. No se trata de que el terapeuta proporcione una explicación formal sino de que el cliente descubra por sí mismo, con la ayuda del terapeuta, el papel que juegan las cogniciones, con ejemplos. Aceptado por parte del cliente el papel que juegan los pensamientos en sus problemas, se le explica esquemáticamente el papel de la reestructuración cognitiva.
- Considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba: el primer paso en la evaluación lógico-empírica de los pensamientos es que el cliente aprenda a distanciarse de los mismos y a examinarlos objetivamente. Puesto que muchas veces los clientes aceptan la validez de sus pensamientos sin someterlos a una evaluación crítica, es primordial que reconozcan que sus cogniciones son hipótesis, no hechos, y que, por tanto, necesitan ser comprobados. Para explicarlo pueden utilizarse ejemplos de pensamientos relacionados y no relacionados con el problema del cliente.

- Desafiar verbal y/o conductualmente las cogniciones inadecuadas hasta sustituirlas por otras más apropiadas: reconocida la naturaleza hipotética de los pensamientos, éstos pueden ser desafiados de dos modos básicos: a) verbalmente, mediante el análisis lógico y la consideración de la evidencia basada en las propias experiencias previas y/o en las de otros, y b) conductualmente, buscando evidencia basada en pruebas o experimentos realizados a propósito. Para el desafío verbal pueden distinguirse dos estrategias:
  - Ataque directo de los pensamientos inadecuados: el terapeuta presenta pruebas y contra-argumentos, rebate errores lógicos y evidencias engañosas a favor de los pensamientos, señala las consecuencias negativas de éstos y proporciona información correctiva. El modelado puede ser una técnica útil para ayudar al cliente a adoptar una perspectiva más adecuada de las situaciones perturbadoras. Puede hacerse de muchas formas, por ejemplo, el terapeuta demuestra al cliente una forma más adecuada de enfocar la situación perturbadora.
  - Diálogo socrático: el terapeuta desafía los pensamientos del cliente mediante preguntas para que así éste tenga que evaluarlos. Además, el terapeuta enseña al cliente a formularse dichas preguntas y lo guía en la evaluación crítica de sus pensamientos. Las preguntas utilizadas para el diálogo socrático se dividen en tres bloques: dirigidas a evaluar la validez de los pensamientos, la utilidad de los mismos o la identificación de pensamientos adicionales.

La desventaja de la primera estrategia (ataque directo de los pensamientos inadecuados) es que las personas pueden resistirse ante los intentos directos de cuestionar su forma de pensar. Este riesgo es menor con la segunda estrategia (diálogo socrático) aunque, en contrapartida, requiere más tiempo. En general, ésta es la estrategia preferida siempre que no haya limitaciones de tiempo, sin embargo, ambas estrategias no son excluyentes y hay

ocasiones en que en el marco de un diálogo socrático es útil proporcionar directamente información correctiva.

El desafío verbal de los pensamientos facilita y se ve complementado por el desafío conductual y por las tareas entre sesiones para facilitar y mantener el cambio cognitivo y conductual. En el desafío conductual terapeuta y cliente generan predicciones a partir de los pensamientos negativos y diseñan experiencias para comprobar si tales predicciones se cumplen o no, es decir, para someter a prueba de realidad los pensamientos. El objetivo de la fase de desafío verbal y conductual se consigue cuando el cliente es capaz de refutar o controlar sus pensamientos negativos y sustituirlos convincentemente por otros más apropiados, de modo que se pueda producir el cambio emocional y conductual esperado.

En definitiva, cuando en el presente trabajo de investigación se hable del estudio de la técnica de reestructuración cognitiva, nos estaremos refiriendo al conjunto de procedimientos terapéuticos cuyo objetivo es que el cliente identifique aquellos pensamientos/verbalizaciones<sup>8</sup> disfuncionales (irracionales o no)<sup>9</sup> que generan malestar o conductas no adaptativas y que los sustituya por otros alternativos funcionales. Estas estrategias irían desde el debate de las verbalizaciones entre terapeuta y cliente durante la sesión clínica, hasta la explicación de cómo los pensamientos influyen en las emociones y conductas de las personas o de por qué ciertos pensamientos se consideran irracionales o desadaptativos, también la explicación que se le da al cliente sobre la técnica de reestructuración que se va a entrenar y el entrenamiento en sesión de la estrategia de debate, así como las tareas para casa que se mandan o se revisan en sesión para complementar los demás procedimientos terapéuticos de la reestructuración. En ocasiones, estas tareas tendrían que ver con el debate de pensamientos del cliente consigo mismo o bien son tareas en las que el cliente recogería pruebas

---

<sup>8</sup> En el capítulo IV se hablará extensamente de los términos pensamiento y verbalización.

<sup>9</sup> Consideramos que no todos los pensamientos/verbalizaciones que son objeto de intervención psicológica son irracionales en el sentido de ilógicos. Pueden tener perfecta lógica pero ser igualmente disfuncionales para el cliente.

empíricas sobre sus pensamientos. De todos los procedimientos terapéuticos considerados parte de la reestructuración cognitiva, el debate sería el protagonista de ellos, sin embargo, los demás tendrían un papel fundamental normalmente para, o bien preparar el debate, o bien afianzar lo que se ha conseguido durante el debate con el cliente. Clasificar estos procedimientos terapéuticos como cognitivos o conductuales, como hacen Beck y Ellis, no ayuda en nada, desde nuestro punto de vista, a la clarificación de qué es la reestructuración cognitiva y cómo han de aplicarse estas estrategias. Finalmente, tanto si trabajamos con pensamientos como con conductas motoras, estamos trabajando con comportamientos que se aprenden y mantienen en función de los mismos principios de aprendizaje. Trataremos de aclarar este punto a lo largo de los estudios empíricos de los que consta esta tesis doctoral.



## **CAPÍTULO III**

### ***INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS E INVESTIGACIÓN DE PROCESOS EN EL ESTUDIO DE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA***

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

En el ámbito de la psicología clínica la medición de los resultados de las intervenciones psicológicas se ha ido convirtiendo desde la década de 1990 en un tema de gran importancia. El objetivo final de la denominada *investigación de resultados* es conocer cuáles son los tratamientos de elección para los distintos problemas psicológicos, lo que ha dado lugar a numerosas guías o manuales de tratamientos eficaces o efectivos, una información en la que todo psicólogo clínico debería estar actualizado. Varios factores influyeron en el énfasis por los estudios de resultados que se ha dado en los tiempos más recientes: por un lado, el gran crecimiento de los tratamientos psicofarmacológicos en competencia con los tratamientos psicológicos y, por otro, la aparición de terceros pagadores públicos o privados entre el psicólogo y la persona que recibe el tratamiento, que hizo crecer el interés por conocer cuáles de entre toda la variedad de diferentes intervenciones son las que proporcionan los mejores resultados con el menor coste posible (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Sin embargo, no hay que olvidar que el interés por conocer los resultados del tratamiento psicológico ya existía desde mucho antes y, de hecho, se puede decir que este interés ha ido ligado al desarrollo de la modificación de conducta y surgió en el seno de la misma por la íntima unión inicial entre investigación y práctica clínica. Se pueden señalar dos hitos importantes en la investigación de resultados

desde una perspectiva histórica: el artículo de Eysenck (1952), que denunció que las terapias psicodinámicas no funcionaban mejor que la remisión espontánea, y el meta-análisis de Smith y Glass (1977), que concluía que cualquiera de las distintas formas de psicoterapia era eficaz frente al no tratamiento, mientras que los efectos diferenciales encontrados entre las terapias conductuales y las no conductuales eran despreciables. Numerosos trabajos se publicaron como respuesta a tales conclusiones, sin embargo, seguía sin haber una respuesta definitiva al respecto de qué funciona mejor en terapia, al tiempo que la variedad de enfoques psicoterapéuticos iba aumentando tanto fuera como dentro de la modificación de conducta. En este contexto y, con el objetivo de aclarar si todas las formas de psicoterapia son igualmente eficaces para cualquier problema o, por el contrario, hay tratamientos de elección para distintos problemas psicológicos, surgieron en la década de 1990 los trabajos de la División de Psicología Clínica (División 12) de la American Psychological Association (APA), que lideró el movimiento de los *tratamientos empíricamente validados* que también tuvo lugar a nivel internacional debido a la influencia de los factores económicos/científicos señalados anteriormente. Desde la APA se creó en 1993 el primer grupo de trabajo, *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, dirigido por D. Chambless y constituido por profesionales de diversas orientaciones con el cometido de hacer un informe que recopilara información sobre las intervenciones psicológicas que se habían demostrado eficaces para el tratamiento de distintos problemas. El primer informe se publicó en 1995 (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995) y después se actualizó en 1996 y 1998 (Chambless et al., 1996, 1998). En las sucesivas versiones se fueron incorporando nuevas intervenciones a la lista de tratamientos *bien establecidos o probablemente eficaces*, algo que se complementó con los resultados de un segundo grupo de trabajo de la División 12 de la APA para el estudio de los tratamientos psicológicos en niños y adolescentes denominado *Task Force on Effective Psychosocial Interventions: A LifeSpan Perspective*, cuyas conclusiones se publicaron en los números especiales de las revistas *Journal of Pediatric*

*Psychology* (Spirito, 1999) y *Journal of Clinical Child Psychology* (1998, vol. 27, nº 2). En este segundo grupo de trabajo, aunque se siguieron clasificando los tratamientos en función de su demostrada eficacia (logro de objetivos terapéuticos en investigaciones clínicas controladas), ya se informaba también de trabajos sobre efectividad (logro de objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual) de la intervención para el problema tratado, en respuesta a las críticas que surgieron en torno a los trabajos de la APA por tener en cuenta solamente estudios de eficacia, que carecen de validez externa aunque cuenten con un alta validez interna<sup>10</sup>. El trabajo sobre los *tratamientos empíricamente validados*, que pasaron a denominarse *tratamientos con apoyo empírico* (por no utilizar el término validez, debido a las críticas ya mencionadas), continuó con el encargo de la APA de un libro titulado *A guide to treatments that work* editado por Nathan y Gorman, que contiene revisiones actualizadas en sus sucesivas ediciones (1998, 2002, 2007) de los estudios de resultados con distintos grados de rigurosidad que se han publicado sobre los tratamientos psicológicos y farmacológicos en diversos ámbitos. Por último, en la APA se creó la *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, que estableció una agenda de trabajo de cara a fijar los siguientes pasos que habrían de darse en la evolución de los tratamientos empíricamente validados y definió, frente a los *tratamientos con apoyo empírico*, lo que ahora se llama *práctica psicológica basada en la evidencia*, que es “la integración de la investigación con la experiencia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273).

La última propuesta de la APA de *práctica basada en la evidencia* no sólo fue importante por reiterar la necesidad de complementar los estudios de eficacia con los de efectividad, lo que supone un acercamiento entre investigación y práctica clínica, o por incorporar otros aspectos que hasta entonces no se habían

---

<sup>10</sup> En esta polémica sobre eficacia o efectividad tuvo un papel fundamental el artículo de Seligman (1995), quien ensalzó el valor de los estudios de efectividad en lugar de eficacia. Sobre los resultados de la encuesta *Consumer Reports* concluyó que las personas que habían contestado a la encuesta se beneficiaban igualmente de cualquier forma de psicoterapia y de la ayuda de diferentes profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) y no se podía decir que obtuvieran más ayuda que, por ejemplo, hablando con amigos.

señalado (la experiencia clínica del terapeuta y las características del cliente), sino también por explicar que una de las maneras que contribuyen a potenciar la práctica psicológica exitosa sería realizar estudios de procesos para identificar los mecanismos de cambio. Es más, señala como prioridades para el futuro desarrollar modelos de tratamiento basados en la identificación y observación de las prácticas de los clínicos que obtienen los resultados más positivos y distinguir factores comunes y específicos como mecanismos de cambio. Es decir, más allá de la relevancia que la APA ha concedido a los estudios de resultados, empieza a reconocer la necesidad de estudiar los procesos a través de los cuales tienen lugar esos resultados. En esta línea se han manifestado otros autores, como Kazdin (2008), que defiende que una de las principales formas de reducir la distancia entre la investigación y la clínica es estudiar los mecanismos del cambio terapéutico, que define como los procesos que explican por qué la terapia funciona o cómo se produce el cambio. De ello se ocupa la *investigación de procesos*, un área que ha recibido sorprendentemente poca atención. Kazdin afirma que en los estudios de eficacia podemos establecer una relación causal entre la intervención y el cambio, pero esto no explica por qué se produjo esa relación. Para él, los *mecanismos de cambio basados en la evidencia* podrían constituirse en más importantes que los *tratamientos basados en la evidencia*, puesto que conocer los primeros optimizaría el cambio terapéutico. Comparten esta idea autores como Rosen y Davison (2003), que hablan de la necesidad de establecer principios de cambio con apoyo empírico que permitan frenar la proliferación de propuestas psicoterapéuticas que quizás no añadan ningún mecanismo de cambio diferente con respecto a las ya establecidas hasta el momento. La demanda de investigar más allá de los resultados en psicoterapia no sólo se ha producido en los tiempos más recientes; por ejemplo, aunque con otras palabras, ya fue expuesta en nuestro país en 1984 por parte de Bayés, que resaltó la importancia no sólo de investigar qué terapias funcionan mejor que otras para determinados problemas, sino también por qué funcionan las terapias, qué elementos son responsables del éxito. Estamos plenamente de acuerdo con los anteriores autores en la necesidad de realizar, más allá de la investigación de

resultados, una investigación de procesos de calidad: es importante conocer qué tratamientos funcionan y para qué tipos de problemas, pero resulta fundamental identificar los mecanismos que permitan explicar por qué se produce el cambio terapéutico aplicando las distintas técnicas, pues ello propiciará el desarrollo de formas de intervención más eficaces/efectivas y más eficientes<sup>11</sup>. A pesar de aportaciones como las de éstos y otros muchos autores, la investigación de procesos casi siempre ha ocupado un plano secundario frente a la de resultados.

En un breve repaso histórico se puede concluir que hacia mediados del siglo pasado los estudios de procesos eran apenas inexistentes frente a los incipientes estudios de resultados para comparar la recién nacida modificación de conducta con los resultados obtenidos por las psicoterapias tradicionales, mientras que en las décadas de 1970 y 1980 surgió el interés por los estudios de procesos (Hill, Nutt y Jackson, 1994) para intentar aclarar cuáles eran los mecanismos responsables de la supuesta igualdad en cuanto a eficacia de las distintas formas de psicoterapia, un interés que quedó relegado con el movimiento de los *tratamientos empíricamente validados/tratamientos con apoyo empírico*, que pusieron de nuevo el foco de interés científico en la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos. En la actualidad y desde hace algunos años existe un renovado interés por la investigación de procesos, algo que se vio reflejado en la propuesta de *práctica basada en la evidencia* de la APA en 2006. Intentar exponer los distintos trabajos llevados a cabo por diferentes grupos a nivel internacional en cuanto a los procesos en psicoterapia no es el objetivo del presente capítulo, entre otras razones, por cuestiones de espacio, sin embargo, sí queremos poner de manifiesto la enorme complejidad de este campo de estudio, que podremos intuir fácilmente si pensamos en la cantidad de posibles variables que se pueden analizar en todos y cada uno de los diversos enfoques terapéuticos que existen. Así, se pueden destacar tres características del ámbito de estudio de la investigación de procesos: confusión conceptual, pluralidad metodológica y

---

<sup>11</sup> Frente a los términos eficacia y efectividad, ya expuestos con anterioridad, se señala aquí el término eficiencia, que hace referencia a la efectividad de un programa en función de sus costes (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Ésta también es una importante dimensión a tener en cuenta a la hora de valorar los resultados de una intervención psicológica: que produzca buenos resultados con el menor coste posible.

diversidad de objetivos de investigación. En cuanto a la confusión conceptual, Orlinsky, Rønnestad y Willutzki (2004) señalan que el término proceso puede tener diversos significados: en función de si estudiamos el proceso de cambio o el proceso de tratamiento, en función de si la observación está siendo realizada por el terapeuta, por el cliente o por un observador externo, en función de si el término proceso se entiende desde una perspectiva descriptiva o causal y, por último, en función de si se analiza en un nivel macro o micro. La pluralidad metodológica en la investigación de procesos se resumiría según Hill y Lambert (2004) en dos grandes alternativas: métodos cuantitativos y cualitativos, cada uno de los cuales con infinidad de dimensiones en las que existe una gran diversidad. En cuanto a los métodos cuantitativos, pueden variar, entre otros aspectos, los instrumentos de evaluación, las estrategias de codificación de datos, el foco de análisis, que puede ser el terapeuta, el cliente o la díada terapeuta-cliente, y pueden también ser diferentes las variables que se estudien, ya que podría tratarse del contenido, la conducta, el estilo/estado o la calidad. Con respecto a la diversidad de objetivos de investigación, según Llewelyn y Hardy (2001) se pueden hacer estudios descriptivos, estudios de comprobación de hipótesis o estudios ligados a una teoría del cambio.

Hasta aquí se han expuesto las principales características de la investigación de resultados y la investigación de procesos referidas a la psicoterapia en general para poder contextualizar adecuadamente la síntesis que se realizará a lo largo del presente capítulo en cuanto a ambos tipos de investigación en relación con la técnica de reestructuración cognitiva. Se expondrá la evidencia disponible sobre la técnica en el ámbito de los estudios de procesos, en el que se centra la presente tesis doctoral, pero antes se resumirán las conclusiones a las que se llega con los estudios de resultados y ello porque creemos que señalar la necesidad de realizar investigaciones de procesos no implica negar la importancia de conocer las investigaciones de resultados que afectan a nuestra área de estudio.

## 2. INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS SOBRE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

La técnica de reestructuración cognitiva es una herramienta terapéutica ampliamente usada entre los clínicos, por supuesto, del enfoque cognitivo-conductual pero, como exponen Carey y Mullan (2004), también psicólogos de otros muchos enfoques terapéuticos afirman utilizar esta técnica. Los resultados de la encuesta *PracticeNet* realizada por la APA a través de Internet en 2003 permiten llegar a las mismas conclusiones: de los 241 psicólogos clínicos que contestaron, sólo un 28% se identificaba como cognitivo-conductual, sin embargo, a la hora de describir las actividades que realizaban en terapia, se encontró que un 86,8% de ellos, sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas entre distintas orientaciones, señalaban que una de las cinco actividades principales realizadas en sus sesiones clínicas era “identificar o desafiar pensamientos” y un 85,5% decían dedicarse a “establecer la relación entre los pensamientos y el afecto”. Ambas actividades constituyen, tal como vimos en el capítulo anterior, una parte fundamental de la reestructuración cognitiva. Partiendo de la utilización tan extendida de esta técnica, lo lógico sería encontrar muchos estudios que analizaran su eficacia o efectividad, sin embargo, como veremos, son más las investigaciones que estudian sus efectos conjuntamente con otras técnicas que de manera aislada. Por otra parte, tomando en consideración la confusión expuesta en el capítulo anterior sobre lo que se entiende por técnica de reestructuración cognitiva, se puede comprender que no es fácil extraer conclusiones a simple vista sobre los resultados que la avalan. Parece entonces razonable comenzar exponiendo un resumen de los numerosos estudios de resultados que se han realizado sobre la Terapia cognitiva de Beck y la Terapia comportamental-racional-emotiva de Ellis que, como ya explicamos, se consideran los principales exponentes de la reestructuración cognitiva. Cabe recordar aquí que ambos tratamientos incluyen, además, otras técnicas que no son reestructuración cognitiva propiamente dicha, con lo cual los estudios de

resultados sobre estos enfoques terapéuticos generales son una evidencia indirecta o parcial de los efectos de esta técnica.

Si revisamos los informes sucesivos de la APA encontramos que ya en 1995 (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) se citó la terapia cognitiva de Beck para la depresión como un tratamiento bien establecido, algo que se mantuvo en las revisiones de Chambless y colaboradores (1996, 1998), mientras que la *REBT* fue señalada como tratamiento probablemente eficaz para los problemas de conducta en adolescentes por Brestan y Eyberg (1998) en la sección especial de la revista *Journal of Clinical Child Psychology*. Por otra parte, la terapia cognitiva<sup>12</sup> fue incluida como tratamiento con apoyo empírico para otros problemas psicológicos en algunos de los trabajos derivados de la APA (Chambless et al., 1996, 1998; Nathan y Gorman, 2007). Si bien en todos estos listados predominan ampliamente los tratamientos clasificados con la etiqueta cognitivo-conductual entre las intervenciones con evidencia empírica y quizás en muchos de ellos se incluyó la técnica de reestructuración cognitiva, esto último no está especificado y, por lo tanto, no lo podemos considerar como evidencia de los efectos de esta técnica.

Sumado a los resultados obtenidos desde la APA, existe una ingente cantidad de estudios sobre la evidencia de la terapia cognitiva de Beck y la *REBT*. Sería imposible por cuestiones de espacio citar aquí todos los trabajos que apoyan estos tratamientos, que se pueden encontrar no sólo en los manuales que se han ido publicando desde el nacimiento de ambas terapias sobre la aplicación de las mismas a distintos tipos de problemas psicológicos (todas las referencias de estos manuales se pueden encontrar detalladas en el capítulo II), sino también en múltiples revisiones y meta-análisis que se han publicado sobre la evidencia empírica de la terapia cognitiva de Beck (véase, por ejemplo, Gould, Mueser, Bolton, Mays y Goff, 2001; Strunk y DeRubeis, 2001) y la *REBT* (véase, por ejemplo, González et al., 2004; Terjesen, DiGiuseppe y Gruner, 2000).

---

<sup>12</sup> Cuando en la literatura se habla de terapia cognitiva sin especificar el tipo, en general es posible dar por supuesto que se trata de la propuesta de Beck o una derivación de la misma y, por tanto, se puede asumir que la técnica de reestructuración cognitiva se encontrará dentro del paquete de tratamiento.

Numerosos estudios informan de la efectividad o eficacia de distintos paquetes de tratamiento cognitivo-conductual para diversos problemas (véase, por ejemplo, Degotardi et al., 2006; Frommberger et al., 2004; O'Connor et al., 2001; Silverman, Hains, Davies y Parton, 2003) e incluyen la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva entre los componentes del tratamiento, pero no diferencian en ningún momento el efecto de esta técnica con respecto a otras, con lo cual encontramos en ellos solamente una evidencia indirecta del éxito de la misma. Aunque son menos abundantes, también se han realizado diversas investigaciones en las que se muestran específicamente los efectos de la técnica de reestructuración cognitiva como parte de un tratamiento más completo o bien como técnica única para un determinado problema y, en la mayoría de los casos, se encuentran efectos positivos. Entre otros, nos referimos a estudios como los de Antona et al. (2006) y Taylor et al. (1997) sobre el tratamiento de la fobia social; Harvey, Inglis y Espie (2002) sobre problemas de insomnio o Cooper y Steere (1995) en problemas de bulimia. También se han hecho algunas revisiones y meta-análisis en las que se concluye que la técnica de reestructuración tiene efectos positivos analizándola de manera general (Sánchez, Alcázar y Olivares, 1999) o en problemas específicos (Alcázar, Sánchez, Gómez y Marín, 2008; Moreno, Méndez y Sánchez, 2000), e incluso también se han comprobado sus beneficios en ámbitos no clínicos, como se informa en la revisión realizada por Skordoulis y Dawson (2007) sobre la toma de decisiones en contextos organizacionales. Por tanto, parece que la técnica de reestructuración cognitiva se ha utilizado para el tratamiento de diversos tipos de problemas psicológicos e incluso también para el manejo de situaciones en contextos no clínicos y se podría decir que con un éxito considerable. Veamos qué se ha concluido sobre la técnica en la denominada *investigación de procesos*.

### 3. INVESTIGACIÓN DE PROCESOS SOBRE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

Como ya se explicó en el capítulo I, la introducción de las técnicas cognitivas en modificación de conducta vino acompañada del reconocimiento de sus aportaciones clínicas al tiempo que muchos autores manifestaron duras críticas a sus fundamentos teóricos y a la falta de correspondencia entre la investigación y la práctica. Debido al gran impacto que dentro del enfoque cognitivo-conductual tuvieron la terapia cognitiva de Beck y la *REBT* de Ellis muchas de las críticas al enfoque cognitivo se han dirigido específicamente a ellas. En concreto, algunas de estas denuncias se han centrado en la falta de evidencia sobre la aportación específica que hacían las técnicas cognitivas con respecto a las conductuales en la terapia cognitiva de Beck y en la *REBT*, que podrían funcionar debido a sus componentes conductuales y no cognitivos (Martin y Pear 2007/2008; Pérez, 1996b, 2007), también se ha criticado el propio concepto de idea irracional, central en la *REBT*, cuya definición se puede considerar tautológica (Haaga y Davison, 1993) o la falta de validación empírica que precedió a la introducción de métodos terapéuticos, especialmente en la *REBT* (Franks, 1997b). Muchos de estos aspectos señalan cuestiones clave que se deberían tratar de responder desde la investigación de procesos, sin embargo, ni éstas ni otras muchas preguntas han sido completamente aclaradas en este tipo de estudios. Si revisamos cualquiera de los manuales de tratamiento que ya mencionábamos en el capítulo anterior, encontramos propuestas diferentes de procedimientos de reestructuración sin datos que justifiquen por qué esa opción es mejor frente a otras muchas posibles. Incluso existen trabajos, como el de Lam y Gale (2004), en el que se anuncia que se van a explicar tres estrategias basadas en la evidencia para trabajar con los pensamientos disfuncionales y, al final del artículo, se puede comprobar que se han expuesto las tres estrategias (evaluar empíricamente el pensamiento, identificar las consecuencias de mantener estos pensamientos y desarrollar un pensamiento objetivo y abstracto que el cliente pueda relacionar con su problema personal) pero no se ha hablado de la evidencia

que las avala, ni se aportan datos empíricos sobre qué tipo de cambios se producen al aplicar cada estrategia o al cambiar de una a otra.

A la hora de hacer un repaso de la investigación de procesos que hay en torno a la técnica de reestructuración cognitiva nos encontramos de nuevo con el problema de la falta de definición de esta técnica y por ello muchos de los estudios que se van a resumir aquí se refieren a los enfoques de Beck y de Ellis antes que a la reestructuración como técnica específica independiente. A ello hay que añadir en este caso la dificultad para extraer conclusiones de la investigación en esta área que, como ya pusieron de manifiesto Garratt, Ingram, Rand y Sawalani (2007) en su excelente revisión del estado de la cuestión, se debe a la existencia de diversas metodologías de investigación, a una gran variedad de medidas cognitivas diferentes y al hecho de que cada estudio se plantea distintas preguntas. Las principales formas de investigación de procesos encontradas sobre esta técnica coinciden con los tipos generales de estudios sobre los mecanismos del cambio terapéutico que algunos autores han señalado: análisis de los componentes del tratamiento para ver cuál/es son los ingredientes activos del cambio, identificación de los mecanismos *mediadores* del cambio junto con estudios dirigidos a determinar la especificidad con la que estos mecanismos producen sus efectos (Haaga, 2007) e investigación sobre los *moderadores* del cambio (Kazdin, 2007).

Se definen los moderadores del cambio como aquellos factores que influyen la dirección o la magnitud de la relación entre la intervención y el resultado y su estudio constituye, desde nuestro punto de vista, el tipo de investigación menos informativa del proceso de cambio, por lo cual nos detendremos poco en ellos. Cabe destacar que Whisman (1993), en su revisión sobre los moderadores del cambio en la terapia cognitiva para la depresión, señaló que los factores con más apoyo empírico eran la participación activa del cliente, seguida de la alianza terapéutica y el ajuste del terapeuta al modelo de la terapia cognitiva y su competencia con el manejo del mismo. Para medir estas últimas variables se han diseñado instrumentos como las escalas *Cognitive Therapy Scale (CTS; Young y Beck, 1980)* o *Collaborative Study Psychotherapy*

*Rating Scale* (CSPRS; Hollon et al., 1988), con las que se evalúa al final de cada sesión el ajuste del psicólogo al modelo terapéutico. Desde la citada revisión de Whisman no ha habido demasiados avances, pues en los últimos años han predominado los otros tipos de estudios de procesos, que se resumen a continuación.

### **3.1 Estudios sobre los componentes activos del tratamiento.**

Existen numerosos estudios que tratan de determinar cuáles son los componentes activos de los tratamientos que incluyen reestructuración cognitiva, especialmente sobre la terapia cognitiva de Beck, en la que distintos autores han intentado demostrar que son los componentes conductuales los responsables del cambio que experimentan las personas con problemas de depresión. Entre ellos se encuentra el estudio de Dimidjian et al. (2006) que, publicado recientemente al hilo de las investigaciones sobre la terapia de activación conductual, se centró en comparar los resultados del tratamiento para la depresión mayor en tres condiciones: terapia cognitiva según el modelo de Beck (eliminando los componentes de activación conductual), terapia de activación conductual y tratamiento con medicación antidepresiva. Sólo se encontraron diferencias en los efectos del tratamiento en las personas con depresión más severa y, en estos casos, la activación conductual era igual de eficaz que la medicación y ambas más que la terapia cognitiva sin “componentes conductuales”. Por su parte, la activación conductual dio lugar a un porcentaje mayor de remisión de síntomas entre los participantes y consiguió mantener a más personas en tratamiento. No es éste el único estudio que ha obtenido resultados similares, de hecho, estos autores señalan como antecedente del suyo la investigación de Jacobson et al. (1996), quienes realizaron un estudio de componentes de la terapia cognitiva de Beck y encontraron que el componente de activación conductual funcionaba igual de bien que el programa entero y no producía más recaídas después de dos años de seguimiento. Ambos estudios podrían llevar a cuestionarnos la asunción de que en los casos de depresión es esencial modificar directamente las creencias negativas de la persona, sin embargo, esos resultados no son concluyentes, como

se ha demostrado en el estudio de Dobson et al. (2008), en el que se publican los resultados del seguimiento a largo plazo que se hizo de los participantes del ensayo inicial de Dimidjian et al. (2006). Concretamente, se encontró que dos años después de haberse aplicado el tratamiento no había diferencias significativas entre la terapia cognitiva y la activación conductual en las tasas de recaída/recurrencia, además de que no había diferencias significativas entre el grupo que había recibido activación conductual y el que había sido medicado, mientras que el grupo que había recibido terapia cognitiva tenía unos resultados claramente superiores al grupo que había recibido medicación. Teniendo en cuenta las excelentes características metodológicas del estudio inicial de Dimidjian et al. (2006) y los resultados de su seguimiento (Dobson et al., 2008), sus conclusiones nos deberían hacer cuestionarnos qué componentes son los responsables del éxito en la terapia cognitiva para la depresión y, siguiendo a Longmore y Worrell (2007) creemos que, a pesar de que en algunos casos pudiera parecer que lo “cognitivo” no aporta nada más allá de lo “conductual”, falta evidencia al respecto y por el momento es mejor no pronunciarse sobre si es necesaria la reestructuración cognitiva.

Sin quitar importancia a los estudios de parte “conductual” vs. parte “cognitiva” que han predominado en las investigaciones sobre componentes activos o desmantelamiento del tratamiento, compartimos con Haaga (2007) la opinión de que es necesaria una mayor disgregación de los paquetes de tratamiento complejos y, en el caso que nos concierne, esto se traduciría en intentar analizar cuál de las estrategias específicas incluidas dentro de la técnica de reestructuración es más activa a la hora de producir cambios. Se han hecho algunos estudios al respecto, aunque son escasos y no permiten obtener conclusiones definitivas al haber señalado distintos autores diferentes componentes de la reestructuración como los más activos de la técnica: Arnkoff (1986) destacó el componente de utilización de *verbalizaciones de afrontamiento*; Zettle y Hayes (1987) resaltaron la *toma de distancia* o comprensión de las creencias como hipótesis y no como hechos; y Jarrett y Nelson (1987) encontraron que el *debate* de pensamientos y los *experimentos*

*conductuales* son componentes igualmente activos, mientras que Bennett-Levy (2003) afirma que los *experimentos conductuales* son más potentes para producir cambio que el *debate*. A la falta de conclusiones definitivas hay que sumar en este caso que algunos de estos autores, incluso, aventuran mecanismos de cambio que explicarían los efectos de los componentes activos sin aportar ningún tipo de evidencia empírica acerca de los mismos.

### **3.2 Estudios sobre mediadores del cambio y la especificidad de sus efectos.**

La mayor parte de la investigación de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva se encuadra en este grupo de estudios sobre factores mediadores del cambio, concretamente, sobre variables que median en los resultados de la terapia cognitiva para la depresión según la propuesta de Beck. Los mediadores se definen como constructos que reflejan relaciones estadísticas importantes entre una intervención y un resultado, pero que no explican el proceso preciso por el cual tiene lugar el cambio (Kazdin, 2007). Para este autor y para otros muchos, como Laurenceau, Hayes y Feldman (2007) o Johansson y Hoglend (2007), el estudio de los mediadores es un primer paso para saber cuáles son los mecanismos de cambio, que se conocerán cuando podamos identificar los pasos a través de los cuales la terapia produce sus resultados. Se exponen en las siguientes líneas los trabajos sobre mediadores del cambio en la terapia cognitiva utilizando la terminología empleada por los propios autores, sin valorar en este punto la utilidad del empleo de tales constructos para lograr la identificación de los mecanismos de cambio, algo que se abordará en el siguiente apartado.

En la revisión de Whisman (1993) el estilo atribucional resultó ser la variable con mayor apoyo empírico tentativo como mediadora del cambio al aplicar la terapia cognitiva para la depresión. En revisiones posteriores, como la de Longmore y Worrell (2007) o la realizada por Garratt et al. (2007) se señala que la modificación de los pensamientos media el cambio terapéutico al aplicar la terapia cognitiva para la depresión e incluso para la ansiedad, aunque los resultados no son concluyentes y todos los autores anteriores apuntan a problemas metodológicos en la evaluación del cambio cognitivo como el

principal obstáculo que impide extraer conclusiones definitivas. Al revisar la literatura al respecto, encontramos que la mayoría de estos estudios de mediación utilizan un procedimiento similar que consiste en tomar medidas de distintas variables que denominan cognitivas, como los pensamientos automáticos o las actitudes disfuncionales, en diferentes puntos del tratamiento y utilizando para ello instrumentos como el *Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ; Hollon y Kendall, 1997)* o el *Dysfunctional Attitudes Scale (DAS; Weismann y Beck, 1978)*, por otra parte evalúan los resultados del tratamiento con instrumentos como la *Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD; Hamilton, 1967)* o el *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961)* y después utilizan métodos estadísticos más o menos complejos para establecer qué variables median la obtención de los resultados. Entre los que encuentran apoyo para la hipótesis mediacional de las variables cognitivas se pueden destacar los estudios de de Muran et al. (1995) y el de Szentagotai, David, Lupu y Cosman (2008). En algunos casos se encontraron lo que se ha venido a llamar *ganancias repentinas*, es decir, cambios sustanciales en las medidas cognitivas entre dos sesiones consecutivas, que algunos han interpretado como un claro apoyo para la citada hipótesis mediacional (Tang y DeRubeis, 1999). En el otro lado se encuentran aquellos que afirman que el cambio en las variables cognitivas no predice sino que es predicho por el cambio en otros síntomas de depresión (Jarret, Vittengl, Doyle y Clark, 2007; Oei, Bullbeck y Campbell, 2006).

Otro tipo de estudios de procesos son los que intentan determinar si los efectos de los mediadores son específicos y, en el caso que nos ocupa, esto se ha concretado en múltiples investigaciones que han tratado de determinar si el “cambio cognitivo” es algo específico de la terapia cognitiva o también se produce cuando se aplican otros tratamientos. Garratt et al. (2007), en su reciente revisión, encontraron que la evidencia al respecto no es definitiva, aunque parece que la terapia cognitiva podría producir un cambio más profundo en los pensamientos que la farmacoterapia, lo que apoyaría la hipótesis de la especificidad, justo lo contrario de lo que concluyeron Haubert y Dobson (2007).

Los resultados contradictorios señalados en estas revisiones coinciden con lo que se encuentra al analizar la literatura, donde hay estudios recientes a favor de la hipótesis de especificidad, como el de Szentagotai et al. (2008) y otros también en contra, como el de Bhar et al. (2008).

Ante la falta de evidencia empírica sobre los procesos de cambio que se deriva de los estudios de mediación, algunos de estos autores propusieron explicaciones tentativas como la de Bhar et al. (2008) sobre la influencia de distintas terapias en el sistema de procesamiento de la información o como las posibles alternativas enumeradas por Whisman (1993), esto es, el modelo de acomodación, el modelo de activación-desactivación o el modelo de habilidades compensatorias. Otros autores también han presentado propuestas teóricas detalladas sobre posibles mediadores del cambio en reestructuración cognitiva, como Tryon y Misurell (2008) y la implementación del principio de inducción/reducción de la disonancia cognitiva o Dowd (2006), que habla de la importancia de las estructuras de conocimiento tácito. No hace falta incidir en que estos modelos no están apoyados en evidencia empírica en ninguno de los casos.

#### **4. CONCLUSIÓN: ¿QUÉ NOS FALTA POR SABER SOBRE RESULTADOS Y SOBRE PROCESOS?**

La respuesta a esta pregunta es que nos falta poco por saber sobre resultados y mucho por saber sobre procesos. Aunque compartimos la opinión de Forsyth (1997) de que hay pocos estudios, si acaso hay alguno, que sobrevivan a la prueba del tiempo para convencer de la solidez de un enfoque, pasadas casi cuatro décadas desde la introducción de la técnica podemos decir que el conjunto de la evidencia apunta claramente a su eficacia/efectividad puesto que no ha habido uno sino muchos estudios que la avalan, a pesar de la confusión en torno a qué se considera reestructuración cognitiva. Ya hemos repasado las principales evidencias que apoyan el uso de esta técnica para el tratamiento de diversos

problemas psicológicos y con toda seguridad los estudios de resultados seguirán apareciendo pero, si no analizamos los mecanismos de cambio, continuaremos sin saber por qué la funciona aunque reafirmemos que, de hecho, funciona. Algunas investigaciones (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Levinson y Barber, 2003; Malik, Beutler, Alimohamed, Gallagher-Thompson y Thompson, 2003) se han diseñado para tratar de averiguar si distintos terapeutas que siguen un mismo tratamiento manualizado hacen exactamente lo mismo en terapia y han encontrado que no, lo cual es lógico desde el momento en que la terapia ha de ajustarse a las demandas específicas de cada cliente. Estas diferencias quedarían enmascaradas en los estudios de resultados, que asumirían que dos tratamientos son iguales siempre y cuando se obtengan resultados equivalentes, lo cual nos anima a ir más allá en el análisis de las técnicas de intervención psicológica.

Terminado el repaso sobre la investigación de resultados y, ante la falta de información que nos ayude a entender cómo funciona la técnica de reestructuración cognitiva, hemos pasado a revisar a lo largo de este capítulo la investigación de procesos que se ha realizado. El resultado de ello tampoco es alentador: no hay conclusiones claras sobre cuáles son los componentes activos del tratamiento ni los factores mediadores del éxito pero, aunque las hubiera, tampoco así entenderíamos los mecanismos de cambio que explican el funcionamiento de la técnica. Saber que un determinado componente es más activo que otro dentro de un paquete de tratamiento sólo señalaría que tenemos que tratar de encontrar la explicación a esos resultados. Esto sería así, por ejemplo, en el caso de los estudios ya mencionados (Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008; Jacobson et al., 1996) de comparación de la parte “conductual” vs. parte “cognitiva” en el tratamiento para la depresión: en el caso de que se concluyera definitivamente que esta terapia funciona debido a la parte “conductual”, tendríamos que averiguar qué mecanismos explicarían el cambio en esta parte y/o qué mecanismos tendríamos que poner en marcha al aplicar la reestructuración cognitiva para hacer que éste sea también un componente activo del tratamiento ya que, independientemente de los resultados que en estudios de este tipo se hayan podido obtener, no podemos olvidar la gran cantidad de

evidencia a favor de la utilidad clínica de esta técnica en el tratamiento de muchos problemas. También sería fundamental, por ejemplo, entender por qué es mejor modificar los pensamientos disfuncionales mediante experimentos conductuales que mediante debate, en el caso de que se concluyera definitivamente que una de las dos estrategias es más “activa” en el cambio.

Siguiendo con el otro gran grupo de estudios de procesos, esto es, la investigación sobre mediadores de los resultados del tratamiento, como ya se afirmó, tampoco se puede hablar de conclusiones definitivas, lo que ha propiciado el desarrollo de explicaciones variopintas. Como decíamos, aunque las conclusiones de todos estos estudios fueran absolutamente coincidentes, tampoco con los datos derivados a partir de ellos podríamos llegar a nuestro objetivo, que es saber cómo se produce ese cambio de pensamientos/verbalizaciones. Por una parte, saber que una variable se puede considerar mediadora según una determinada prueba estadística o que los efectos de esta variable son específicos de cierto tratamiento no explica por medio de qué mecanismos se produce el cambio sino que indica por dónde habría que empezar a buscarlos. Pero, más aún, desde nuestro punto de vista el problema fundamental de estos estudios de mediación es que en ningún momento se plantea en ellos la utilidad de investigar sobre constructos cognitivos cuya existencia no es demostrable empíricamente y cuya utilización en el estudio del proceso terapéutico no hace sino aportar oscuridad al mismo. En esta línea el “cambio cognitivo”, una variable utilizada en algunas ocasiones como predictora y en otras como criterio, se entendería básicamente como la modificación de esquemas de pensamiento de distintos niveles de complejidad y, desde el momento en que la mayor parte de la investigación de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva se centra en estudiar un cambio en determinadas variables sin cuestionarse que tales variables existan, se puede comprender la confusión en cuanto a los resultados encontrados. Como síntesis de estos estudios de mediación Kazdin (2007) muestra una postura crítica sin reservas al afirmar que lo que podemos decir ahora mismo es que, sea lo que sea la base del cambio

en la terapia cognitiva, no son las cogniciones tal y como fueron propuestas originalmente.

Visto todo lo anterior y, con respecto al tema que nos atañe, la reestructuración cognitiva, después de hacer esta revisión de la literatura sobre procesos de cambio podemos concluir que seguimos en el mismo punto del que partimos. Por ejemplo, si atendemos a las inconsistencias que ya señalamos en el capítulo anterior sobre el uso de la técnica (Carey y Mullan, 2004, 2007), vemos que en este momento no podemos contestar a ninguna de aquellas preguntas basándonos en datos empíricos. Está claro que, a diferencia de otras técnicas de tratamiento, como podría ser la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958), en las que están mucho más claros los pasos que hay que dar, esto no es así en el caso de la reestructuración cognitiva, puesto que no existe un procedimiento sistematizado para llevarla a cabo. Es de suponer que cuando un terapeuta no experto se enfrenta al aprendizaje de esta técnica se ha de sentir mucho menos respaldado por los manuales que en el caso de otras técnicas. La desorientación de los terapeutas inexpertos (y, añadiríamos también, de muchos expertos) sobre la aplicación de la reestructuración cognitiva quedó perfectamente reflejada en el estudio de James y Morse (2007). En esta investigación se encontró que los clínicos novatos no reflexionan sobre el tipo de preguntas que utilizan en el debate, algo que según Carey y Mullan (2007) es fundamental, puesto que dependiendo del objetivo que se persiga habrá que utilizar diferentes preguntas. En su estudio, James y Morse pidieron a psicólogos clínicos inexpertos que categorizaran los tipos de preguntas que observaban en determinadas grabaciones atendiendo a su tipo, su función y la secuencia de las mismas. La conclusión a la que llegaron fue que hay un enorme desconocimiento del tema entre los aprendices, que afirmaron que nunca antes se les había pedido una reflexión similar. Según estos autores el dato es especialmente llamativo si tenemos en cuenta que una gran parte de la reestructuración consiste en hacer preguntas, en concreto, ellos hablan de que analizando los diálogos entre terapeuta y cliente incluidos como ejemplo en el conocido manual de Padesky y Greenberg (1995)

un 73% de las verbalizaciones del terapeuta se presentaban en forma de preguntas.

Esta desorientación no debería resultar extraña si tomamos en consideración, por poner un ejemplo, las distintas opiniones que dan, sin ir más lejos, los autores originales de la técnica de reestructuración cognitiva sobre un tema relacionado con el debate: ¿se deben atacar directamente las verbalizaciones disfuncionales del cliente, orientando la posible solución? El propio Ellis (2003) reconoce que quizás fue demasiado lejos cuando propuso inicialmente y mantuvo en repetidas ocasiones que el terapeuta debía persuadir fuertemente al cliente y atacar directamente sus creencias irracionales, pues esto podría llevar al terapeuta a ignorar las propias metas y valores del cliente, con lo cual acerca su postura a la menos directiva defendida tradicionalmente por Beck. Así, en este momento Ellis propone persuadir fuertemente al cliente para que éste se persuada fuertemente a sí mismo en la dirección de sus principales metas y preferencias. A pesar de lo dicho, Ellis (2003) concluye afirmando que la *REBT* se sigue diferenciando de la terapia cognitiva en cuando a su mayor directividad, lo cual daría idea de la confusión a la que llegaría un inexperto leyendo estas propuestas: según Ellis, ¿se deben atacar o no directamente las “creencias irracionales” del cliente y sugerir otras verbalizaciones? Si bien podemos hablar de incongruencias en este aspecto, Ellis terminó en esta ocasión su escrito señalando algo importante y es que para probar si la *REBT* o la terapia cognitiva *vigorosas* son más efectivas con diferentes tipos de clientes que cuando se aplican de manera *menos directiva* se deberían hacer investigaciones comparativas, una opinión que compartimos plenamente, como se señaló ya en otro lugar (Froján, Calero y Montaña, 2009a). Al igual que en referencia a esta cuestión, para cualquiera de las que planteábamos anteriormente se necesitan estudios de procesos llevados a cabo con una cuidada metodología diseñada para poder reflejar aquello que se requiera, tal como ya puso de manifiesto Kazdin (2007). En este sentido, creemos que es importante investigar lo que ocurre momento a momento durante la interacción terapeuta-cliente cuando se aplica la técnica de reestructuración. Para ello habría que comenzar por realizar una investigación exploratoria que, de

acuerdo con Hill (1990), siga la lógica científica de observar los fenómenos, elaborar hipótesis, probarlas y refinarlas, replicar los resultados y, a largo plazo, desarrollar una teoría. Y decimos que habría que empezar por estudios exploratorios porque, como se ha podido ver en la revisión de la literatura que se ha presentado, no hemos encontrado ningún estudio que analice los procesos de cambio de esta manera específicamente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. Sí existen algunas investigaciones en las que se analiza lo que ocurre en terapia momento a momento, pero referidas a la comparación general de la terapia cognitivo-conductual (no específicamente reestructuración) con otros enfoques, para lo cual se utilizan distintos instrumentos de evaluación contruidos para tal fin, por ejemplo, el *Verbal Response Mode* en el caso de Stiles y Shapiro (1995) o el *Comprehensive Psychotherapy Intervention Rating Scale* en el caso de Trijsburg y Perry (2004). En esta línea, creemos que, si encontramos instrumentos adecuados para analizar la interacción terapeuta-cliente y observamos a distintos terapeutas aplicando la técnica de reestructuración en muchos momentos diferentes, podremos avanzar en la construcción de un modelo que sirva de base para la mejor aplicación de esta técnica en la clínica, entendiendo que con un solo estudio no se pueden identificar todos los posibles procesos de cambio que subyacen a la aplicación de cualquier técnica. Veremos en el siguiente capítulo cuáles son las bases para la propuesta de investigación de procesos en que se basa esta tesis doctoral.



## **CAPÍTULO IV**

### ***LA INTERACCIÓN VERBAL ENTRE TERAPEUTA Y CLIENTE COMO MOTOR DEL CAMBIO TERAPÉUTICO***

Aunque el área de la investigación de procesos en psicoterapia en general está mayoritariamente dominada por estudios sobre los componentes activos del tratamiento y los moderadores y mediadores del cambio, la ausencia de análisis de los procesos de cambio durante la interacción terapeuta-cliente, momento a momento, es especialmente llamativa en la técnica de reestructuración cognitiva teniendo en cuenta el uso tan extendido que se hace de ella por parte de terapeutas de diversos enfoques clínicos. En este último capítulo de la parte teórica expondremos las bases que guían los estudios que se presentarán más adelante, fundamentalmente en cuanto a la conceptualización de la interacción terapeuta-cliente y la cognición y el lenguaje, todos ellos temas de especial relevancia en la reestructuración cognitiva al ser ésta una técnica cuyo objetivo es modificar los pensamientos y que se aplica por medio de la interacción entre el psicólogo y el cliente utilizando el lenguaje como herramienta. Para ello empezaremos por revisar cuáles han sido las principales aportaciones teóricas sobre la relación terapéutica o interacción terapeuta-cliente desde el enfoque conductual y veremos que algunos de estos intentos de hacer un análisis funcional de lo que ocurre en terapia podrían ser una interesante propuesta para explicar los mecanismos de cambio, que siempre habría que demostrar empíricamente. Después avanzaremos cómo se pueden entender desde una perspectiva conductual las creencias irracionales o las distorsiones cognitivas de los que hablaban Ellis y Beck y se hará un breve recorrido por las líneas más destacadas en el estudio de la conducta verbal para terminar señalando algunos aspectos básicos de la propuesta que hacemos de estudio del proceso terapéutico en la técnica de reestructuración cognitiva.

## 1. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL.

La relación o alianza terapéutica ha sido uno de los elementos más frecuentemente señalados como posible generador del cambio clínico desde el denominado enfoque de los factores comunes, que trata de buscar los ingredientes activos que contribuyen al éxito del tratamiento y que son compartidos por distintas aproximaciones psicoterapéuticas. En los últimos años se ha dado tanta importancia a este factor que incluso desde la División 29 de la APA se creó un nuevo grupo de trabajo dedicado al estudio de las características del terapeuta, del cliente y de la relación terapeuta-cliente, lo que dio lugar a la publicación de la obra *Psychotherapy relationships that work* (Norcross, 2002). De entre todas las perspectivas que han estudiado la relación terapéutica una de las más interesantes desde nuestro punto de vista es la realizada desde el análisis de la conducta, que ha demostrado en los últimos tiempos un interés renovado por este aspecto tantas veces olvidado en modificación de conducta. Aunque veremos en este apartado diversas aportaciones, hay que destacar que gran parte del énfasis actual en la relación terapeuta-cliente ha venido de la mano del enfoque del análisis de la conducta clínica que, como se expuso en el capítulo I, surgió para intentar superar las limitaciones que tenía la modificación de conducta hasta ese momento, una de las cuales se refería a no haber considerado y manejado la relación terapéutica como un contexto social natural en el que se pueden presentar los problemas psicológicos. Tal como explicábamos en su momento, los enfoques terapéuticos del análisis de la conducta clínica se basan en la asunción de que los problemas de la vida cotidiana pueden darse y, de hecho, se dan en la sesión clínica, lo cual implica que el terapeuta puede observarlos y moldearlos directamente. Además, consideran que el lenguaje en sesión tiene un papel fundamental al entenderlo como una conducta clínicamente relevante que el terapeuta tiene la oportunidad de evocar, observar y cambiar a lo largo del curso de su interacción con el cliente. Dentro del análisis de la conducta clínica y, por la especial relevancia que concede a la relación terapéutica,

queremos resaltar aquí una de sus propuestas terapéuticas, la psicoterapia analítico funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) que, tal como vimos, trata de provocar el cambio en el cliente potenciando el valor de la relación terapéutica y, para ello, el psicólogo ha de observar y analizar el comportamiento del cliente en sesión para identificar sus *conductas clínicamente relevantes* y, después evocará, reforzará y ayudará a interpretar las conductas del cliente según los objetivos propuestos y atendiendo a las reglas terapéuticas fundamentales. Partiendo de la psicoterapia analítico funcional se ha creado una línea de investigación de la interacción en terapia basada en la observación de las conductas clínicamente relevantes del cliente y las respuestas del terapeuta a las mismas según un sistema de codificación creado por los autores denominado *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)*; Callaghan, 1998), cuyo problema fundamental es que no es aplicable a otras formas diferentes de terapia.

Aunque es cierto que ha sido en los últimos tiempos cuando se ha prestado más atención a la relación terapéutica en modificación de conducta, desde el mismo nacimiento de la disciplina ya hubo propuestas teóricas que trataban de resaltar alguno de los potenciales efectos de la actuación del terapeuta sobre el cliente y también se realizaron estudios empíricos acerca de la interacción entre ambos. Así, en 1962 Krasner definía al psicólogo como una *máquina de reforzamiento social* basándose en las siguientes asunciones: “la psicoterapia es un proceso predecible y directivo que puede ser investigado de manera parsimoniosa dentro del marco de una teoría del aprendizaje por reforzamiento” y, por otra parte, “las variables que afectan al proceso de terapia son las mismas que afectan a otras situaciones interpersonales que implican el reforzamiento, control, manipulación, influencia o redirección del comportamiento humano” (p. 61). Aunque en general el reconocimiento a trabajos como éste, que pusieron de manifiesto el potencial efecto reforzante del comportamiento del terapeuta sobre el cliente, ha sido generalizado, también se han hecho algunas críticas muy acertadas al respecto: en primer lugar, que referirse al psicólogo como “máquina de reforzamiento” contribuyó a potenciar la imagen poco “humana” de la terapia de conducta (Wilson y Evans, 1977), que el reforzamiento no puede explicar toda

la actividad terapéutica, así como que para hablar de reforzamiento habría que demostrar que aumenta la probabilidad de ocurrencia del correspondiente comportamiento del cliente (Schaap, Bennun, Schindler y Hoogduin, 1993). Este último aspecto fue abordado en el trabajo pionero de Truax (1966), que concluyó que en sesiones clínicas de terapia rogeriana, en contra de las premisas del mismo Rogers, tenía lugar el reforzamiento de algunas conductas del cliente. Para ello se analizaron transcripciones de las sesiones y se encontró que determinadas conductas del cliente aumentaron en frecuencia cuando iban seguidas del “refuerzo” del terapeuta. En esta línea de análisis de la interacción terapeuta-cliente son también destacables los trabajos no publicados llevados a cabo a partir de finales de la década de 1960 por el equipo de W. Day en la Universidad de Reno, que contaba con investigadores como Lahren, Bennett o Dougherty (Knapp, 1989). En estos trabajos se realizaron análisis conductuales intensivos de diálogos, gran parte de ellos extraídos de sesiones clínicas, basándose en la obra *Conducta Verbal* de Skinner (1957/1981) y trabajando en la elaboración de sistemas de categorías que permitieran expresar lo observado en términos de principios operantes y respondientes. Este método, que es conocido en la comunidad científica como *Metodología de Reno (The Reno Methodology)*, no ha sido apenas utilizado después de los trabajos del grupo de Day debido fundamentalmente a que se trata de una estrategia de investigación difícil de llevar a cabo (S. C. Hayes et al., 2001).

Tal como pusieron de manifiesto Schaap et al. (2003), también en la época del nacimiento de la modificación de conducta se hicieron algunas propuestas que destacaban aspectos de la interacción entre terapeuta y cliente que se explicarían según el paradigma del condicionamiento clásico; por ejemplo, Martin (1971) defendía que se daría un proceso de desensibilización en los casos en los que un cliente discutiera temas que provocaban ansiedad con un terapeuta que mostrara una actitud cálida y empática. Exceptuando propuestas como ésta, la mayoría de aproximaciones teóricas y empíricas sobre la interacción terapeuta-cliente que se han realizado desde los inicios del enfoque conductual hasta la actualidad se basan en el paradigma del condicionamiento operante. En esta línea

se encuentran los trabajos que se han expuesto hasta el momento en este apartado y algunas otras aportaciones más recientes, como los interesantes planteamientos teóricos de autores como Hamilton (1988), Rosenfarb (1992) y Follette, Naugle y Callaghan (1996), que entienden el cambio clínico como un moldeamiento de nuevas conductas a través de contingencias obtenidas en la relación terapéutica. Estos autores intentan explicar la interacción terapeuta-cliente en función de los principios operantes de aprendizaje y parten de los resultados obtenidos en las investigaciones sobre condicionamiento verbal que, según argumentan, concluyen que el comportamiento verbal en psicoterapia puede ser modificado por el terapeuta igual que cualquier otro comportamiento. Para ellos la relación terapéutica es un proceso de mutua influencia en la que no sólo el terapeuta tiene un efecto en las respuestas del cliente sino también al revés, aunque exponen con mucho más detalle el efecto del comportamiento del primer sobre el segundo. Así, el psicólogo comenzaría a moldear en la persona que acude a tratamiento repertorios de comportamiento nuevos, más funcionales, a través del intercambio verbal entre ambos, en concreto, a través del reforzamiento diferencial de aproximaciones a comportamientos más adaptativos y del castigo o ausencia de reforzamiento en caso de comportamientos contraproducentes. La generalización de estos comportamientos al ambiente natural está favorecida por el refuerzo obtenido en sesión pero, en ocasiones, el terapeuta dará instrucciones para que el cliente realice tareas que potencien el cambio terapéutico.

A pesar de reconocer el valor de propuestas teóricas como las anteriores, en este punto conviene aclarar que no debemos olvidar el papel fundamental que tienen las técnicas de intervención que se aplican en cada caso y que son responsables de gran parte del cambio que tiene lugar, lo cual se verá complementado con las oportunidades para modificar el comportamiento que ofrece la propia interacción entre terapeuta y cliente. Como señaló Rosenfarb (1992), no se debe llegar al punto en que la relación terapéutica se reifique y se convierta en la única explicación del cambio. Ambos factores, la técnica en sí misma y la interacción, quedan solapados durante la aplicación de la mayor parte de técnicas de intervención, sin embargo, esto es especialmente relevante en la

reestructuración cognitiva al ser la única vía de aplicación de la misma la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente cuando se emplean procedimientos terapéuticos de reestructuración en el contexto clínico. Por esta razón creemos que planteamientos como los de estos últimos autores serán fundamentales para explicar los mecanismos de cambio que se dan en la reestructuración. También conviene conocer los resultados de las distintas líneas de investigación sobre conducta verbal, que tal vez realicen interesantes aportaciones a tener en cuenta para el avance en la comprensión del cambio que se produce con la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva, algo que pasaremos a exponer en el siguiente apartado.

## **2. COGNICIÓN Y LENGUAJE: IMPLICACIONES PARA EL ESTUDIO DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.**

### ***2.1 Cognición como conducta verbal auto-dirigida.***

Consideramos fundamental en este punto detenernos en la explicación de lo que se considera la cognición o el pensamiento desde una perspectiva conductual, pues ello constituirá la base teórica principal de nuestro trabajo de investigación, que trata precisamente de estudiar cómo se produce esta modificación en las “cogniciones”. La tradición conductual entiende que *pensamiento* es fundamentalmente *conducta verbal* de la persona consigo misma, un discurso en silencio que cada individuo aprende a realizar a una edad muy temprana favorecido por las consecuencias que de ello se derivan (Skinner, 1957/1981). Siguiendo a Varela (2008) en su repaso de los principales conceptos del interconductismo de Kantor, pensar implica un proceso de silenciación (no interiorización) del lenguaje en el que el hablante y el oyente son la misma persona. Se pueden dar pensamientos a través imágenes, lo que se conoce como *imaginación*, pero gran parte de lo que tiene lugar al hablar de pensamiento y, sobre todo, la parte que concierne a la técnica de reestructuración cognitiva, es el pensamiento en forma de *conducta verbal auto-dirigida* o *habla interna*, cuya

única peculiaridad con respecto a las conductas observables públicamente es que al ser encubierta sólo podemos conocerla mediante el autoinforme de la persona que piensa. Por lo demás, se asume que los principios de aprendizaje se aplican de la misma forma a la conducta pública que a la privada, sea ésta verbal o no verbal (Skinner, 1957). Tal como ilustran Pérez (1996a) y Freixa (2003) el enfoque cognitivo mantiene un planteamiento dualista según el cual la conducta sirve para conocer una realidad distinta, la realidad cognitiva, sin embargo, desde un enfoque conductual lo cognitivo no es algo ajeno a lo conductual sino que es conducta. Otros puntos importantes a considerar los explica Zettle (1990), según el cual los eventos privados como los pensamientos son observados por el propio individuo y como tales eventos observables han de ser considerados conducta, sin embargo, de esta consideración están explícitamente excluidos los esquemas, estructuras cognitivas y demás constructos hipotéticos, que no pueden ser observados. Continúa este autor con una aportación interesante, compartida por Kohlenberg y Tsai (2001): no es correcto entender de antemano que los pensamientos son las causas por defecto de otro tipo de conductas, tal como se asume desde el enfoque cognitivo, pues lo que tenemos que hacer es estudiar de manera individualizada cada caso para encontrar las relaciones entre la conducta y el ambiente y determinar, por tanto, la función del pensamiento, si es que éste formara parte del problema del cliente. Por ejemplo, un pensamiento podría tener la función de estímulo discriminativo de otras conductas, pero también de estímulo condicionado que provoca una respuesta condicionada o puede funcionar como refuerzo o castigo de una conducta previa.

Se puede afirmar, según Martin y Pear (2007/2008), que las denominadas técnicas cognitivas no parecen implicar otros principios conductuales diferentes de los que se dan al aplicar las denominadas técnicas conductuales y su única característica distintiva es que abordan la conducta verbal encubierta. Por ello, la introducción de métodos que trabajan verbalizaciones internas o actividades cognitivas no ha de ser contradictoria con la base de las técnicas de tratamiento conductual más tradicionales. ¿Qué se hace para modificar los pensamientos cuando se aplica la técnica de reestructuración cognitiva? A esta pregunta se

tratará de contestar con los estudios empíricos que siguen a este capítulo pero, por el momento y siguiendo la exposición realizada hasta ahora, lo que sabemos es que tendríamos que estudiar la modificación de las verbalizaciones del cliente que, si se cumple el objetivo de la técnica, irán cambiando desde unas menos adaptativas a otras más adaptativas<sup>13</sup>, pero no tendremos que buscar el supuesto cambio en esquemas cognitivos o en creencias irracionales entiendo éstas como estructuras de pensamiento sino como conducta verbal.

Puesto que la técnica de reestructuración cognitiva utiliza un soporte verbal para su aplicación y, ahora que sabemos que lo que hemos de buscar es un cambio en las verbalizaciones del cliente, resulta fácil entender que se atienda a las explicaciones conductuales que tradicionalmente se han dado sobre la conducta verbal y, por otra parte, a las líneas de investigación más destacadas en el área. Ya se explicó en el primer capítulo que una de las limitaciones de la modificación de conducta que se pusieron de manifiesto en la década de 1990 era haber “olvidado” que la conducta verbal se explica en términos conductuales y no haber aplicado en la situación clínica estos conocimientos (Pérez, 1996b), pero ¿qué implica entender la conducta verbal en estos términos? En resumidas cuentas, implicaría considerar que, como el resto de conductas, ésta se aprende, se mantiene y se modifica por los principios derivados del condicionamiento clásico y operante. Existen numerosas fuentes a las que se podría recurrir para realizar una exposición sobre el tema, pero consideramos básico hacer al menos una breve reseña de dos fuentes clásicas: los textos *Conducta Verbal* de Skinner (1957/1981) y *Aprendizaje, lenguaje y cognición* de Staats (1967/1983). La obra de Skinner es considerada el texto de referencia sobre la conducta verbal entendida desde una perspectiva operante, que definió como “*la conducta que es reforzada a través de la mediación de otras personas*” (p. 12). Skinner se propuso hacer un análisis funcional de la conducta verbal y realizó una taxonomía de las distintas clases de operantes verbales según el tipo de control

---

<sup>13</sup> A lo largo del trabajo haremos referencia a este término en múltiples ocasiones y por ello consideramos conveniente hacer la siguiente aclaración: una verbalización es más adaptativa cuando permite al cliente funcionar mejor, no sólo porque dé lugar a otras conductas beneficiosas para él sino porque la modificación en sí misma puede ser positiva al suponer una reducción de su malestar, tanto en la propia situación clínica como en su entorno habitual.

que es ejercido en cada caso: *mando*, *tacto*, *ecoica*, *autoclítico*, *intraverbal*, etc. Esta obra suscitó numerosas críticas (para un resumen de las mismas en castellano véase Martínez, 1991), entre ellas la ya famosa de Chomsky (1959), al tiempo que muchos autores reconocieron sus aportaciones y, de hecho, a pesar de las limitaciones, sigue siendo considerada la obra de referencia sobre el enfoque operante de la conducta verbal. Una de las críticas más repetidas al planteamiento de Skinner fue que no incluyó en su análisis de la conducta verbal un estudio del comportamiento del oyente (S. C. Hayes y Hayes, 1989). Para él el comportamiento del hablante y el oyente tomados en conjunto es lo que se podría llamar un episodio verbal total, aunque para un correcto acercamiento al comportamiento verbal sólo se necesita estudiar la conducta del oyente en la medida en que es necesaria para abordar la del hablante, de hecho, el comportamiento del oyente puede ser verbal o no verbal. Esta ausencia de una explicación en términos de aprendizaje de la conducta verbal del oyente ha sido retomada por autores como Tonneau (2004b), que hace una interesante propuesta de la comprensión verbal en términos pavlovianos. Por su parte, en el segundo de los textos citados Staats explica muchos aspectos de la conducta verbal en función de los principios del condicionamiento operante y clásico y las complejas interacciones entre ambos, aunque nos centraremos en señalar los aspectos sobre condicionamiento clásico al haber expuesto ya la perspectiva operante según la obra de Skinner. De manera muy resumida, Staats defiende que el condicionamiento clásico de primer y segundo orden puede explicar que determinados contenidos emocionales estén ligados a algunas palabras, del mismo modo que el significado de las palabras también se aprende por condicionamiento clásico: asociamos las palabras con estímulos sensoriales que provocan respuestas sensoriales y entonces las palabras pasan a provocar repuestas sensoriales condicionadas.

Volviendo a la obra de Skinner, se puede decir que, a pesar de las críticas que desencadenó, o quizás precisamente por ello, una de las áreas más activas de investigación en análisis de la conducta en las últimas décadas es la que se refiere a la conducta verbal, en su mayoría, desde la perspectiva operante. Se esbozarán

a continuación las dos líneas que han sido más prolíficas: los estudios sobre conducta gobernada por reglas y sobre equivalencia de estímulos.

## **2.2 Líneas de investigación sobre conducta verbal.**

La primera de las líneas de investigación a la que haremos referencia surgió a partir de una de las aportaciones teóricas de Skinner, que estableció por primera vez en 1966 la diferencia entre *conducta gobernada por reglas* y *conducta moldeada por contingencias*, una explicación que complementó en 1969 (Skinner 1969/1979). En aquel momento explicaba que un comportamiento está moldeado por contingencias cuando se da con una determinada probabilidad porque ha ido seguido por un tipo dado de consecuencias en el pasado, mientras que una conducta está gobernada por reglas cuando está bajo el control de un estímulo discriminativo particular que especifica contingencias. Aunque ambos tipos de comportamiento puedan parecerse topográficamente hablando, encontraremos diferencias si atendemos a las variables que los controlan, aunque podría ocurrir que un mismo comportamiento estuviera a la vez moldeado por contingencias y gobernado por una regla y en este caso ambas variables se juntarían para dar más fuerza a la conducta. Skinner defendía que la conducta gobernada por reglas es más efectiva, sobre todo cuando las contingencias darían lugar de otra manera al moldeamiento de una conducta indeseable. En ocasiones la persona deriva una regla después de haber sido su conducta sometida a las correspondientes contingencias y en este caso ello conducirá a la persona de manera más eficaz cuando las contingencias directas se hayan debilitado, aunque el beneficio de este tipo de estímulos discriminativos depende de la medida en que representan correctamente las contingencias.

Skinner ya anunció en su primer escrito (Skinner, 1966) que las contingencias reales tienen poco efecto sobre la conducta gobernada por reglas, aunque nunca habló abiertamente de insensibilidad a las contingencias y, de hecho, en algunas partes de sus escritos iniciales sobre el tema parece afirmar lo contrario (Skinner, 1966, 1969/1979). Este tema se convirtió en uno de los más polémicos de la investigación en el área y, aún a día de hoy, parece no estar

resuelto: cuando una persona sigue una regla por primera vez ya se pone en contacto con las contingencias naturales, pero ¿esta conducta es sensible o insensible a estas contingencias? Los estudios más conocidos sobre la supuesta insensibilidad a las contingencias de la conducta gobernada por reglas fueron llevados a cabo por el grupo de Catania (Catania, 1989; Catania, Matthews y Shimoff, 1982; Matthews, Catania y Shimoff, 1985; Matthews, Shimoff, Catania y Sagvolden, 1977; Shimoff, Catania y Matthews, 1981; Shimoff, Matthews y Catania, 1986), que compararon mediante distintos diseños experimentales la sensibilidad a las contingencias de distintas respuestas verbales y no verbales que habían sido moldeadas o instruidas<sup>14</sup> (gobernadas por reglas). Sus resultados no fueron consistentes, llegando a hablar de *insensibilidad* de las conductas instruidas en unos casos (Shimoff et al., 1981), *menor sensibilidad* en otros casos (Catania et al., 1982) e incluso *pseudosensibilidad* a las contingencias (Shimoff et al., 1986). No sólo estos estudios no fueron concluyentes sino que distintos autores criticaron esta línea de trabajo, como Newman, Hemmes, Buffington y Andreopoulos (1994), afirmando que la supuesta insensibilidad en estas investigaciones se debía más que a una característica del comportamiento gobernado por reglas al diseño experimental en sí mismo, que no permitía a la persona estar suficientemente en contacto con las contingencias de reforzamiento. Estos autores encontraron que, con un diseño apropiado, se demostraba que la conducta gobernada por reglas no es insensible a las contingencias. Por otra parte, muchos autores se han pronunciado en contra de las conclusiones que apuntan a la insensibilidad a las contingencias, como Malott (1989), que denunció que esta insensibilidad iría en contra del sentido común pues en la vida cotidiana las personas sí cambian su actuación en función de las consecuencias de su conducta o Luciano (1993), que puso de manifiesto que la supuesta insensibilidad se explicaría porque las personas son reforzadas por seguir reglas más que por cualquier otra cosa. Otros autores señalaron una

---

<sup>14</sup> Existen diversas opiniones sobre si el término regla es equivalente a instrucción. Aunque algunos autores sí establecen diferencias entre ambos términos, aquí los trataremos como equivalentes, de acuerdo con otros muchos autores como Pérez (1996b), que considera que la conducta gobernada por reglas no se refiere a otra cosa que a la función del lenguaje como control instruccional.

cuestión importante a tener en cuenta en esta polémica (S. C. Hayes, Brownstein, Haas y Greenway, 1986; Vaughan, 1989) y es que parece que diferentes tipos de reglas producen distintos grados de sensibilidad a las contingencias.

Otros temas que se han discutido en esta línea de investigación, también sin alcanzar un consenso, han sido la propia definición de regla así como la función que ésta puede desempeñar en el control de la conducta. Algunos autores como Catania (1989) o Poppen (1989) defienden la definición de Skinner de regla como el estímulo que especifica contingencias y controla la conducta de una persona, argumentando que no se puede definir lo que es una regla independientemente del comportamiento que supuestamente controla. También S. C. Hayes, Zettle y Rosenfarb (1989) exponen que no se puede hablar de una regla según sus aspectos formales sino que una regla se definirá por la interacción entre la persona a la que va dirigida la regla y el ambiente y según ello podremos decir si una regla gobierna o no gobierna algo. Encontramos, sin embargo, autores que proponen lo contrario: es necesaria una definición formal de lo que es una regla independientemente de los eventos que entren en relación funcional con ella (Glenn, 1987, 1989). Entre medias de ambas posturas se encuentra Schlinger (1990), que propone estudiar las propiedades formales y funcionales de las reglas porque ambos tipos de análisis son complementarios y no excluyentes. Sobre la función que desempeña una regla hay autores que muestra un pleno acuerdo con Skinner en que claramente una regla funcionaría como un estímulo discriminativo (Poppen, 1989), otros que consideran la función de estímulo discriminativo entre otras, como reforzador (Glenn, 1987) u operación de establecimiento (Malott, 1989) y otros que explican que no es correcta la acepción de regla como estímulo discriminativo (Schlinger y Blakely, 1987) y, en caso de que tuviera tal función, no sería una solución parsimoniosa darle otro nombre distinto por el hecho de que se trate de un estímulo verbal en lugar de no verbal. Estos últimos autores proponen, en su lugar, que las reglas serían estímulos que tienen el efecto de alterar las funciones respondientes y operantes de los estímulos que describen. En este sentido se pronunciaron también Vaughan (1987), Pérez (1996a) o Poling y LeSage (1992) y estos

últimos especificaron algunas de las funciones que las reglas pueden alterar: la función evocadora de un estímulo discriminativo, la función evocadora de las operaciones de establecimiento, la función reforzante y de castigo de un estímulo o también pueden alterar el control del comportamiento por parte de estímulos en un paradigma respondiente.

Los estudios sobre conducta gobernada por reglas tienen que ver con cómo los estímulos verbales influyen en la conducta, pero no queda claro el proceso a través del cual estos estímulos verbales controlan el comportamiento y para tratar de dar respuesta a ello surgió la segunda de las líneas de investigación a la que hacíamos referencia, los estudios sobre equivalencia de estímulos (Kohlenberg et al., 1993). La idea central compartida por los autores que han trabajado en este campo es que las relaciones de equivalencia entre una palabra y su referente forman la base del comportamiento simbólico implicado en el lenguaje, entendiendo que dos variables son funcionalmente equivalentes si tienen el mismo efecto sobre la conducta. Los estudios clásicos en el área fueron llevados a cabo por Sidman y colaboradores, quienes utilizaron tareas experimentales de igualación a la muestra para estudiar lo que ellos denominaron *equivalencia de estímulos* (Sidman y Tailby, 1982) que, utilizando una terminología inspirada en la teoría de conjuntos, se definiría por la ocurrencia conjunta de tres propiedades, a saber, reflexividad, simetría y transitividad. Las investigaciones realizadas por estos autores dieron lugar a una gran cantidad de datos pero en ese énfasis experimental parece, tal como explica Tonneau (2001), que se perdió el horizonte, es decir, se desdibujó la respuesta a la cuestión más básica: por qué es importante estudiar la reflexividad, la simetría y la transitividad para conocer más sobre el comportamiento simbólico. Es más, según este autor, no hay una relación lógica entre los métodos y los datos del estudio de la reflexividad, la simetría y la transitividad en igualación a la muestra y su intención de comprender la conducta simbólica. Según Tonneau, reducir el comportamiento simbólico a la equivalencia funcional sería un error, sin embargo, hay que reconocer que la equivalencia funcional es uno de los requisitos del comportamiento simbólico, que requiere la transferencia de funciones del objeto

referente a la palabra, lo cual se explicaría por condicionamiento pavloviano, que daría cuenta de la correlación ambiental entre una palabra y su referente real. Por su parte, Barnes-Holmes, Hayes y Roche (2001) critican tanto los estudios de Sidman y colaboradores sobre equivalencia de estímulos como la explicación pavloviana de Tonneau, argumentando que la formación de relaciones de equivalencia se puede explicar desde un punto de vista operante (dicen, postskinneriano) y que su propuesta, la *teoría del marco relacional (RFT)* (S. C. Hayes et al., 2001), es la más apropiada para explicar el lenguaje humano y la cognición. La idea central de esta teoría es que las relaciones estimulares derivadas, que son las relaciones entre estímulos no entrenadas directamente, son comportamiento aprendido, en concreto, son *operantes generalizadas aplicables arbitrariamente*, esto es, bajo el control de claves que pueden ser modificadas por la voluntad social. Los tipos específicos de respuestas relacionales aplicables arbitrariamente se denominan *marcos relacionales*. Puesto que las formas en que unos estímulos se relacionan con otros pueden ser muchas, más allá de la equivalencia, esto implica que hay variadas formas específicas de marcos relacionales, como serían la coordinación, la oposición, la distinción, la comparación, etc. Desde la *RFT* se piensa que las relaciones estimulares derivadas constituyen el centro del comportamiento verbal, que se define como la acción de enmarcar eventos relacionalmente tanto para el hablante como para el oyente. La *RFT* ha sido también criticada desde distintos frentes, por ejemplo, Tonneau (2004a) reconoce sus aportaciones metodológicas pero argumenta que no hay tales respuestas relacionales y que lo que postulan son procesos internos, al tiempo que demuestra experimentalmente (Tonneau, Arreola y Martínez, 2006) que se puede dar transformación de funciones en humanos sin necesidad de utilizar reforzamiento y esto sería explicable bajo el paradigma del condicionamiento clásico.

### ***2.3 Implicaciones para el estudio de la técnica de reestructuración cognitiva.***

Antes de iniciar el presente apartado anunciábamos que conocer los resultados de las investigaciones sobre conducta verbal nos podría ayudar a

entender por qué se produce el cambio al utilizar la técnica de reestructuración cognitiva y, por tanto, ahora que hemos resumido estos estudios es pertinente preguntarnos qué nos aportan para este objetivo. Igual que hicimos a la hora de organizar la exposición de las dos líneas de investigación, también hablaremos por separado de las implicaciones que se pueden derivar de cada una de ellas.

Comenzando por el final, los estudios sobre equivalencia de estímulos versan, como hemos visto, sobre el valor referencial o simbólico del lenguaje o, lo que es lo mismo, la capacidad que tiene el ser humano de referirse con palabras a objetos o eventos no presentes. Sin duda alguna esta propiedad del lenguaje resulta de vital importancia en la clínica psicológica en general, en la que la principal actividad que se realiza es hablar, y también en la técnica de reestructuración cognitiva, cuya vía de aplicación es el lenguaje. Por medio de su discurso oral o de sus escritos el cliente hará referencia a aquello que le ocurre fuera de la consulta o a sus conductas encubiertas, ocurran éstas fuera o dentro de la sesión, algo que es especialmente relevante en esta técnica. Por otra parte, la consideración de la equivalencia funcional entre una palabra y su referente pone de manifiesto claramente el potencial que tiene la modificación de las verbalizaciones de la persona para cambiar, a su vez, su relación con el referente real. Aunque la teorización sobre el comportamiento simbólico no es algo nuevo, sí lo es el renovado interés experimental por el tema desde el análisis de la conducta, lo cual siempre es bienvenido si finalmente aspiramos a la unión entre teoría y aplicación en modificación de conducta, aunque la falta de consenso actual sobre la explicación de las relaciones palabra-referente o la aparición de propuestas tan complejas en su exposición como la *RFT* nos deje por el momento sin conclusiones definitivas.

Los estudios sobre conducta gobernada por reglas han sido relacionados explícitamente con la técnica de reestructuración cognitiva por parte de algunos autores. En primer lugar, resulta fundamental la propuesta de Poppen (1989) acerca de la naturaleza de las creencias irracionales y, además, sobre los procesos que explicarían el cambio al aplicar la *REBT*. Dice este autor que las creencias problemáticas se podrían formular como auto-reglas que están en conflicto con

las contingencias de la persona y, de hecho, pueden considerarse afirmaciones inciertas sobre las contingencias. ¿Por qué se mantienen entonces estas creencias? Podría ocurrir por varias razones: porque las reglas a veces sí se ajustan a las contingencias aunque no lo hagan siempre, porque la propia consistencia con la regla puede ser reforzante en sí misma, porque verbalizar estas creencias puede derivar beneficios como obtener atención de los demás o evitar responsabilidades o porque las inconsistencias con la regla no son muchas veces obvias al no estar éstas bien descritas. Poppen explica que el debate es un procedimiento verbal de reforzamiento por el cual el terapeuta consigue cambiar la regla que ha descubierto, de manera que se provee al cliente con nuevas reglas para hacer análisis más finos de las contingencias. Además, se le enseña a discriminar y definir afirmaciones individuales de eventos que ocurren en lugar de las formulaciones simplistas de “siempre y nunca”. Durante el debate el cliente defenderá por qué mantiene esas creencias y esos desafíos podrían funcionar como castigos mientras que, por otra parte, el terapeuta modela y refuerza afirmaciones de nuevas reglas. También se mandan a la persona tareas para casa y para cumplimentarlas imitará el comportamiento verbal del terapeuta y luego será reforzado diferencialmente por ello. Por último, Poppen explica algunas de las contingencias de reforzamiento que podrían explicar que el cliente cumpla estas tareas<sup>15</sup> y emita comportamientos más adaptativos junto con verbalizaciones más ajustadas a la realidad: el terapeuta reforzará el cumplimiento de las mismas, el cliente podrá evitar ciertas consecuencias negativas para él y para otras personas y, sumado a esto, entrará en contacto con una variedad de contingencias en su medio natural que antes estaban limitadas a ser siempre las mismas o no las obtenía por evitar ciertos comportamientos. Martin y Pear (2007/2008) exponen un planteamiento muy similar al de Poppen, pues mantienen que desde una perspectiva comportamental se entiende que la reestructuración cognitiva se encarga en gran parte de conductas gobernadas por

---

<sup>15</sup> Existe toda una línea de investigación acerca de las relaciones entre lo que la persona dice que hará y lo que realmente hace y entre lo que hace y luego dice que ha hecho. Se puede encontrar en la literatura bajo el nombre *correspondencia decir-hacer/hacer-decir* (véase, por ejemplo, Luciano, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2002; Pérez, 1996b).

reglas y que existen ventajas tanto teóricas como prácticas en el hecho de contemplar estos procedimientos desde un punto de vista conductual. La única diferencia en su propuesta es que estos autores enfatizan, además de los procesos operantes, el papel elicitor de respuestas condicionadas que tienen las reglas que el cliente se da a sí mismo y que cambian durante la reestructuración. De esta manera, explican que la técnica podría ser efectiva porque reduce la frecuencia de auto-afirmaciones irracionales que elicitan el componente respondiente de las emociones desagradables y, mediante el discurso verbal y los deberes comportamentales, se enseña a los clientes a repetir las reglas que identifican las circunstancias concretas de las conductas favorables que probablemente sean mantenidas por el entorno natural. Por último, Pérez (1996a), aunque sin utilizar el término regla, se encuadra en la línea de los anteriores autores al afirmar que el moldeamiento de la conducta verbal se ofrece como una potente técnica de cambio de conducta y que el diálogo socrático sería un ejemplo de moldeamiento verbal.

Compartimos plenamente la explicación que dan estos autores sobre los procesos de aprendizaje implicados en el cambio clínico que se obtiene aplicando la reestructuración cognitiva, sin embargo, hemos de señalar varias objeciones al uso del término regla para hacer referencia a las verbalizaciones del cliente que son objeto de modificación durante la aplicación de esta técnica. Aunque entendemos que hay una larga tradición de investigación en la que se ha utilizado este término para referirse al control que ejerce la conducta verbal sobre otro comportamiento, no creemos necesario usarlo y consideramos más apropiado hablar simplemente de verbalización o estímulo verbal (con la función que corresponda) y con ello evitar las posibles connotaciones que están ligadas a los términos regla o conducta gobernada por reglas debido a los numerosos y problemáticos temas de investigación que aún están por resolver. Aún así, consideramos que se podría utilizar el término regla para referirse a las verbalizaciones objeto de modificación mediante reestructuración siempre y cuando se hiciera un uso descriptivo y no explicativo del mismo, tal como proponía Schlinger (1990), y dejando claro que referirse a conducta gobernada

por reglas no implica que se asuma que dichas reglas tengan necesariamente la función de estímulo discriminativo ni cualquier otra, sino que habrá que analizarlo en cada caso. Además, habría que aclarar que dicha conducta gobernada por la regla no es insensible a las contingencias una vez que se pone en contacto con ellas mientras no se demuestre lo contrario y que está explicada por los mismos principios de aprendizaje que cualquier otra. A lo anterior se añadiría que el término regla aplicado a estas verbalizaciones sería cuestionable también si atendemos a la definición de Skinner de regla como estímulo que especifica contingencias, pues no siempre las verbalizaciones objeto de modificación en la reestructuración cognitiva especifican contingencias aunque indirectamente se pudieran deducir de ellas. Por último, creemos que utilizar el término regla para hacer referencia a las verbalizaciones del cliente que se trabajan al aplicar esta técnica podría dar lugar a confusión con respecto a las tareas que se mandan para casa, una actividad a la cual nos referiremos como instrucciones (o reglas) y que constituyen una parte importante de la reestructuración cognitiva como complemento de los procedimientos aplicados durante la sesión clínica.

### **3. UNA PROPUESTA DE ESTUDIO DE LOS MECANISMOS DE CAMBIO DURANTE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.**

El presente trabajo de investigación forma parte de una línea más amplia de análisis del fenómeno clínico que ha dado sus primeros frutos en algunos trabajos anteriores a éste (Froján et al., 2008; Froján, Calero y Montaña, 2007, 2009a, 2009b; Froján, Montaña y Calero, 2006, 2007; Montaña, 2008). Los fundamentos para el estudio de los procesos de cambio que allí se presentaron coinciden exactamente con los que se plantean aquí, si bien creemos necesario repetirlos con el objetivo de aclarar cuáles son las bases en las que se sustentan los estudios empíricos que se van a presentar en los siguientes capítulos. Así, de

entre todas las posibles opciones que, como vimos en el capítulo III, se pueden tomar a la hora de poner en marcha una investigación de procesos, hemos querido unir aquí tres aspectos fundamentales:

1.- Un sólido marco teórico desde el que conceptualizar la investigación e interpretar los datos:

El paradigma conductual nos parece la mejor alternativa para realizar una aproximación científica al estudio del comportamiento, de ahí que lo adoptemos como marco de referencia para nuestro trabajo, específicamente en cuanto a:

- a) La propuesta de la interacción terapeuta-cliente como un proceso de moldeamiento a través del cual el terapeuta, por medio de discriminación, reforzamiento y castigo, iría modificando gradualmente la conducta del cliente en la situación clínica.
- b) La explicación del lenguaje observado en la clínica por los principios de condicionamiento clásico y operante en la línea de lo expuesto a lo largo de este capítulo.
- c) La conceptualización de la terapia de conducta como la aplicación de operaciones conductuales básicas para el tratamiento de problemas psicológicos. Pérez (1996a, 1996b, 2004) propone un listado de operaciones conductuales básicas de acuerdo con las operaciones básicas encontradas en el análisis experimental de la conducta recogidas en trabajos como el de Catania (1992) y adaptadas ahora para la situación clínica. Estas operaciones, que serían la lógica interna de la terapia, tratarían de definir lo que hace el terapeuta de conducta cuando ejerce como tal y por ello constituyen la base de nuestra propuesta de observación de la conducta verbal del terapeuta. Se definen como sigue:
  - *Observación de la conducta:* en principio no supone ninguna intervención y simplemente pretende establecer cómo es el funcionamiento de la conducta analizada de acuerdo con sus

circunstancias, de manera que se usa fundamentalmente en la evaluación y en el establecimiento de la línea base.

- *Presentación de estímulos*: implica la exposición de algún reactivo para ver cómo responde el cliente ante él. Esta operación formaría parte también de la evaluación y se referiría al uso de tests, ciertas palabras en una entrevista, determinadas tareas para resolver o una situación social.
- *Disposición de control antecedente*: se refiere a la introducción de algún estímulo o la modificación de alguna condición de la situación actual que altere la probabilidad de aparición de una determinada conducta. El procedimiento de referencia sería la presentación de un estímulo discriminativo pero también se incluyen aquí los procedimientos que implican estimulación condicionada de acuerdo con el paradigma pavloviano o incluso el control contextual que altere las funciones anteriormente dispuestas.
- *Disposición de consecuencias*: su uso se centra en el desarrollo, aumento, mantenimiento, disminución y extinción de la conducta del cliente e incluye el manejo de contingencias y las técnicas de reforzamiento, incluido el reforzamiento por parte del psicólogo de la conducta verbal del cliente en la relación clínica.
- *Establecimiento de funciones motivacionales*: se trata de otro tipo de control antecedente (distinto del discriminativo) que alteraría la efectividad tanto de los consecuentes como de los antecedentes de la conducta e incluso la podría evocar directamente. Incluye los procedimientos y condiciones que suponen privación/saciedad, restricción del refuerzo, estados de necesidad, cambios abruptos en las contingencias de la vida, así como la advertencia de peligros y la promesa de mejoras que, en la medida en la que estén correlacionadas con las contingencias en curso, provocarán un incremento de la efectividad de los consecuentes y antecedentes involucrados en la emisión y/o mantenimiento de la conducta del cliente.

- *Alteración funcional mediante reglas*: se refiere al control contextual de las relaciones contingenciales establecidas y alude a un tipo de intervención típicamente verbal (aunque el lenguaje está incluido en las operaciones anteriores) o, lo que es lo mismo, se refiere al cambio de reglas o marcos de referencia.

2.- Una definición clara del fenómeno a analizar y de los objetivos de investigación:

Consideramos que llegar a comprender cómo y por qué se produce el cambio en la clínica y, específicamente, en la técnica que vamos a analizar, ha de pasar necesariamente por el estudio de lo que tiene lugar en sesión. En este caso y, atendiendo a la distinción realizada por Orlinsky et al. (2004), analizaremos tanto el *proceso de cambio* como el *proceso de tratamiento*, esto es, trataremos de estudiar el cambio en el comportamiento del cliente y la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva. En concreto, sobre este último aspecto analizaremos la interacción verbal entre ambos pues, aunque el estudio de los componentes de comunicación no verbal podría resultar también interesante, creemos que el componente verbal es el más relevante en la terapia psicológica en general y, tal como ya se ha explicado, especialmente en la reestructuración cognitiva.

Estamos convencidos de que sólo estudiando lo que sucede durante las sesiones terapéuticas podremos llegar a medio y largo plazo a alcanzar los tres objetivos de la investigación de procesos que Llewelyn y Hardy (2001) consideran fundamentales: describir cómo se produce la intervención psicológica, formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y explicar por qué sucede el cambio clínico.

### 3.- Una metodología de trabajo rigurosa y precisa:

Para conseguir los objetivos que se acaban de señalar se necesita un método de estudio riguroso y preciso que permita una aproximación científica al proceso terapéutico. Nuestra propuesta en este sentido consiste en llevar a cabo un análisis de la conducta verbal emitida en sesión por parte del terapeuta y del cliente a través de la combinación de una cuidadosa metodología observacional que, como ya dijo Skinner (1938), es el método apropiado de estudio en el paradigma conductual, y el uso de una herramienta informática, *The Observer XT*, que permite una alta precisión en los registros. Las razones que nos llevaron a elegir este software frente a otras alternativas disponibles tienen que ver, fundamentalmente, con la posibilidad que ofrece *The Observer* para analizar archivos de vídeo y audio frente a otros programas de uso exclusivo en situaciones de observación en vivo (Kahng e Iwata, 1998) y por ser probablemente el programa más completo en lo que al almacenamiento, manejo y análisis de datos observacionales se refiere, algo que incluso han señalado defensores de otros programas con funciones similares (MacLian y MacLian, 2005).

Los estudios empíricos que se presentan a continuación no pretenden abarcar todos los objetivos de la línea general de investigación del proceso terapéutico que aquí se ha presentado sino que se trata de dar un paso más, apoyándonos para ello en los estudios previos realizados en estos años y estableciendo nuevos objetivos para el análisis de los procesos de cambio en la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. Esperemos que con ello se pueda avanzar en el camino que ideó Pérez (1996b) cuando decía que “reconocer la lógica conductista que está en la base de la terapia de conducta, se hace no ya necesario sino, se diría ahora, imprescindible, si se quieren discriminar lo que son las raíces, el tronco y las ramas, no sea que se vaya a ‘coger el rábano por las hojas’ (por ejemplo, la conducta por la cognición)” (p. 512).

**PARTE 2:**  
**ESTUDIOS EMPÍRICOS**



## **CAPÍTULO V**

### ***ESTUDIO EMPÍRICO 1: Desarrollo de tres instrumentos de medida para el estudio de los mecanismos de cambio que tienen lugar durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva***

#### **1. INTRODUCCIÓN.**

En el capítulo anterior avanzábamos cuáles eran los fundamentos de los trabajos empíricos que aquí se presentan y decíamos entonces que uno de ellos era la utilización de una metodología de trabajo rigurosa y precisa que permitiera una aproximación científica al estudio del proceso terapéutico, en concreto, combinando una cuidadosa metodología observacional y el uso de la herramienta informática *The Observer XT*, que favorece una alta precisión en los registros. Una de las múltiples y más importantes decisiones que hay que tomar a la hora de poner en marcha un estudio basado en una metodología observacional es la relativa al instrumento de medida que se utilizará para dar cuenta de aquello que se observa y en esta elección han de pesar dos factores: que el instrumento tenga en cuenta todo lo que queremos analizar y se aproxime al objeto de estudio en el nivel de descripción que nos interesa y, por otra parte, que lo haga con suficientes garantías científicas. Si encontrásemos un instrumento con estos requisitos podríamos utilizarlo para el análisis de nuestro objeto de estudio y con ello haríamos una pequeña aportación a la solución de uno de los problemas que caracterizan la investigación de procesos, que es la utilización de distintas herramientas de medida por parte de los diferentes grupos de trabajo, lo que hace difícil la comparación de resultados entre estudios (Hill y Lambert, 2004). Sin embargo, la revisión de la literatura científica al respecto ha dado como resultado en este estudio la manifestación de la ausencia de instrumentos de medida para analizar una de las variables que nos interesan y, en el caso de las otras variables,

el resultado ha sido la existencia de múltiples instrumentos publicados pero que no cumplían los requisitos buscados. Por esta razón se decidió elaborar los tres instrumentos de medida que se presentan en este capítulo, dedicado a la explicación del procedimiento de desarrollo y los resultados del mismo.

El primer instrumento desarrollado es un sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta y del cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva, que permitirá el análisis del comportamiento de ambos y finalmente de la interacción terapeuta-cliente que tiene lugar al aplicar la técnica, razón por la cual recibe el nombre de *Sistema de categorización para el estudio de la interacción terapeuta-cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva (SISC-INTER-RC)*. Este sistema de categorización está compuesto por dos subsistemas: el *Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta para el estudio de la reestructuración cognitiva (SISC-CVT-RC)* y el *Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente para el estudio de la reestructuración cognitiva (SISC-CVC-RC)*, que están íntimamente relacionados debido a que ciertas decisiones para el registro de la conducta del terapeuta dependen de la conducta manifestada por el cliente y viceversa. El subsistema *SISC-CVT-RC* se ha desarrollado a partir del *Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT; Froján et al., 2008; Montaña, 2008)*, que fue elaborado por nuestro equipo de investigación para el estudio de la conducta verbal del psicólogo en el proceso terapéutico en su conjunto. Por tanto, el *SISC-CVT-RC* es una adaptación del mismo para el estudio de la conducta verbal del terapeuta concretamente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. El subsistema *SISC-CVC-RC* para el estudio de la conducta verbal del cliente se ha desarrollado en el presente trabajo de investigación específicamente para el análisis de la misma cuando se aplica esta técnica. Como ya se explicó en otro lugar (Froján et al., 2008; Montaña, 2008) la decisión de elaborar el *SISC-CVT* para la categorización de la conducta verbal del terapeuta a pesar de la existencia de otros sistemas de categorías conocidos que se podían utilizar con el mismo objetivo se debió al hecho de que la mayoría de ellos se basan en los contenidos y/o la forma de las verbalizaciones

del terapeuta y no en el posible valor funcional<sup>16</sup> de las mismas, un aspecto de central relevancia en nuestro estudio. Algunos de los sistemas de categorización más utilizados para la conducta verbal del psicólogo son el *Taxonomy of verbal response modes* (VRM; Stiles, 1987) y *The Counselor Verbal Response Category System* (Hill, 1978). Aunque son más escasos, también se han elaborado sistemas que analizan aspectos de la funcionalidad del comportamiento del terapeuta, si bien presentan problemas como su utilidad exclusiva para un tipo de terapia específica, como es el caso de la *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS, Callaghan, 1998), o bien el problema consiste en su difícil acceso y sus problemas prácticos, como la propuesta de Willard Day (S. C. Hayes, et al., 2001), tal como se explicó en el capítulo IV. El subsistema para la codificación de la conducta del cliente, *SISC-CVC-RC*, se ha elaborado atendiendo a los posibles contenidos de las respuestas de éste ante las verbalizaciones del terapeuta incluidas en el subsistema *SISC-CVT-RC*, de modo que tampoco se ha utilizado ninguno de los conocidos sistemas para la categorización de la conducta verbal del cliente que se pueden encontrar en la literatura debido a que no estudian las dimensiones buscadas, como el citado más arriba de Stiles (1987), que se utiliza, además de para el terapeuta, también para el cliente, o el *Client Verbal Response Category System* (Hill et al., 1981).

El segundo instrumento desarrollado en este estudio es el *Sistema de categorización de la conducta verbal del cliente en función del cumplimiento de objetivos terapéuticos* (*SISC-COT*), que pretende codificar cada una de las verbalizaciones del cliente emitidas por éste durante el procedimiento terapéutico del debate en función de su grado de aproximación a los objetivos terapéuticos perseguidos por el psicólogo. La mayoría de los sistemas de categorización de la conducta verbal del cliente se centran en los contenidos de sus verbalizaciones, como los dos señalados anteriormente, y pocos estudian si estos contenidos están más lejos o más cerca de los objetivos terapéuticos planteados para la actividad

---

<sup>16</sup> Cabe adelantar en este punto y, para evitar posibles confusiones, un aspecto en el que nos detendremos más adelante: podremos comprobar si determinadas funciones del comportamiento del terapeuta ocurren realmente cuando se demuestre su efecto en la conducta del cliente y mientras hablaríamos de *posibles* funciones de la conducta del psicólogo.

que se esté realizando. Entre estos últimos sistemas se encontraría la ya citada *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)*, Callaghan, 1998), que cuenta con el problema de la exclusividad de su uso para la psicoterapia analítico funcional y un sistema utilizado por Karpiak y Benjamin (2004), similar al desarrollado aquí aunque en este caso sólo cuenta con tres categorías (adaptativo, no adaptativo o ninguna de las anteriores).

Por último, se desarrolló una escala de apreciación<sup>17</sup> denominada *Escala de valoración de la efectividad del debate en la reestructuración cognitiva (EVED-RC)*, que permite asignar a cada fragmento de debate una categoría en función del nivel de efectividad del mismo. No se ha encontrado en la literatura ningún instrumento que se ocupe de este objetivo, aunque sí existen algunos que valoran el grado de ajuste del psicólogo al modelo de la terapia cognitiva, como los ya señalados en el capítulo III, la *Cognitive Therapy Scale (CTS)*; Young y Beck, 1980) o la *Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS)*; Hollon et al., 1988), que no miden directamente el éxito de la sesión aun en el caso de que se pudiera hipotetizar que el grado de ajuste al modelo correlaciona con la efectividad.

Veamos cuál ha sido el proceso de elaboración de estos tres instrumentos de medida así como la manera en que se resolvió en cada caso una de las cuestiones fundamentales que atañen al trabajo con metodología observacional: la evaluación de la concordancia entre observadores.

---

<sup>17</sup> En este caso se habla de escala de apreciación y no de sistema de categorización o de categorías siguiendo la distinción que tradicionalmente se ha hecho en los manuales sobre metodología de la observación (véase, por ejemplo, Anguera, 1985). Aunque en las escalas de apreciación se utilicen categorías, no se codifica el comportamiento momento a momento, sino que se selecciona una de las categorías para hacer una valoración global al finalizar la sesión de observación.

## 2. MÉTODO.

### 2.1 *Participantes.*

Para el desarrollo de los tres instrumentos de medida se utilizaron un total de 46 fragmentos de grabaciones de sesiones en los que se aplicaba la técnica de reestructuración cognitiva, obtenidos de 35 sesiones clínicas de 13 casos diferentes. En la mayoría de los casos se trabajó con población adulta y el tratamiento psicológico recibido fue siempre individual. En el estudio participaron cuatro terapeutas de orientación conductual<sup>18</sup> que llevaban a cabo su labor clínica en el *Instituto Terapéutico de Madrid*, un gabinete psicológico privado de la Comunidad de Madrid. La selección de los fragmentos utilizados para el desarrollo de cada instrumento se hizo en muchas ocasiones de una manera aleatoria y en otros casos en función del objetivo perseguido en cada momento de la investigación, atendiendo a criterios como el tipo de actividad de reestructuración aplicada o el terapeuta participante. En la tabla V.1 se indican las características de los fragmentos de reestructuración analizados, los principales datos relativos a clientes y terapeutas y también se señalan los instrumentos de medida para los cuales se utilizaron cada una de las grabaciones.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los clientes y los psicólogos para proceder a la grabación y posterior observación y análisis de las sesiones, habiendo sido aprobado este procedimiento por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Con el fin de garantizar al máximo el derecho a la confidencialidad de los clientes, las cámaras desde las que se realizaron las grabaciones se dirigían directamente al terapeuta y en ningún caso quedaba registrada la cara del cliente. En el anexo I se presenta uno de los modelos de consentimiento informado utilizados en los estudios empíricos que se presentan en éste y los siguientes capítulos.

---

<sup>18</sup> Se utiliza el término enfoque conductual para referirse al conocido como enfoque cognitivo-conductual (modificación de conducta tradicional más inclusión de técnicas cognitivas) del que se habló en el capítulo I y se elimina el primer adjetivo, *cognitivo*, por considerarlo redundante puesto que la cognición es, como ya hemos señalado, un tipo de conducta.

**Tabla V.1. Características de los fragmentos de reestructuración utilizados.**

Características del fragmento		Instrumento de medida en el que se utilizó				Características del terapeuta			Características del cliente		
Caso	Fragmento (sesión y duración)	SISC- CVT-RC	SISC- CVC-RC	SISC- COT	EVED- RC	Terapeuta	Sexo	Experiencia (años)	Sexo	Edad	Problema
1	S3 (05' 15'')			*	*						
	S5 (12' 51'')	*	*	*							
	S6 (08' 35'')	*	*	*	*	1	M	14	M	29	Bajo estado de ánimo
	S7 (13' 30'')	*	*	*							
	S8 (25' 11'')	*									
	S9 (23' 35'')		*	*	*						
2	S6 (15' 49'')	*	*	*		1	M	15	M	30	Problemas de pareja
	S7 (53' 58'')		*	*	*						
3	S6 (06' 51'')		*								
	S7 (09' 56'')	*	*								
	S7 (02' 21'')		*								
	S7 (01' 06'')		*			1	M	16	M	32	Problemas de pareja
	S9 (01' 10'')	*	*								
	S9 (01' 39'')		*								
4	S10 (06' 18'')	*	*		*						
	S7 (12' 18'')				*						
	S14 (06' 03'')	*		*	*						
	S18 (02' 53'')	*									
	S18 (02' 26'')	*									
	S18 (06' 34'')	*	*								
	S33 (10' 07'')		*	*	*						
	S50 (00' 54'')				*						
	S54 (35' 53'')				*	1	M	16	M	34	Bajo estado de ánimo
	S54 (05' 47'')				*						
	S59 (04' 59'')				*						
	S59 (03' 58'')				*						
	S60 (03' 48'')				*						
S68 (04' 23'')				*							
S71 (01' 02'')				*							

**Tabla V.1. Características de los fragmentos de reestructuración utilizados (Continuación).**

Características del fragmento		Instrumento de medida en el que se utilizó				Características del terapeuta			Características del cliente		
Caso	Fragmento (sesión y duración)	SISC-INTER-RC SISC- CVT-RC	SISC- CVC-RC	SISC- COT	EVED- RC	Terapeuta	Sexo	Experiencia (años)	Sexo	Edad	Problema
5	S7 (25' 53'')	*				1	M	16	M	53	Problema psicótico
6	S5 (06' 03'')	*	*			2	M	4	M	18	Problema alimentación
7	S5 (02' 46'')		*	*	*	3	M	6	M	19	Fobia a atragantarse
	S8 (09' 36'')	*	*	*	*						
8	S4 (07' 15'')	*	*	*	*	2	M	8	M	16	Problemas de adaptación al entorno
	S6 (01' 56'')				*						
9	S9 (02' 09'')		*			2	M	6	H	34	Hipocondría
	S9 (02' 13'')			*	*						
	S13 (13' 40'')	*	*								
10	S6 (03' 57'')				*	4	H	6	H	36	Hipocondría
	S11 (14' 20'')	*	*	*	*						
11	S10 (15' 20'')		*			4	H	5	M	44	Bajo estado de ánimo
12	S6 (04' 18'')			*	*	2	M	9	M	35	Problemas de pareja
	S6 (04' 55'')				*						
	S6 (01' 14'')				*						
	S6 (00' 17'')				*						
13	S6 (07' 53'')			*	*	2	M	8	H	37	Problemas de pareja

S= sesión; M= mujer; H= hombre.

## 2.2 *Materiales.*

La observación y, en su caso, el registro y codificación de las sesiones se realizó con la ayuda del programa informático *The Observer XT* de © Noldus Information Technology en su versión 6.0. En el caso de la escala *EVED-RC* no se requirió la codificación informática de la valoración de la efectividad del debate, que se hizo en su lugar mediante un registro de papel y lápiz. Para el cálculo del acuerdo entre observadores se utilizaron los programas *The Observer XT* en su versión 7.0 y *SPSS* en su versión 15.0.

Las grabaciones de las sesiones clínicas fueron realizadas por medio de un circuito cerrado dispuesto en el centro colaborador compuesto por cámaras semi-ocultas situadas en las esquinas de los despachos donde se llevaban a cabo las sesiones clínicas. Las grabaciones, en formato VHS o DVD en función del caso, se transformaron a formato MPEG-2, que es el requerido para el uso del programa *The Observer XT*.

## 2.3 *Procedimiento.*

A continuación se presenta un resumen general de las diferentes fases de las que constó el proceso de elaboración de los tres instrumentos de medida, especificando en algunos puntos las peculiaridades del procedimiento utilizado para cada uno de ellos.

### 1.- Propuesta inicial de categorías y primeras decisiones sobre el procedimiento de observación y registro.

Como explican Bakeman y Gottman (1986/1989), desarrollar un instrumento de medida es en parte un acto teórico pues, después de todo, personifica las distinciones que el investigador entiende como importantes para explorar su problema. De acuerdo con ello, el primer paso en la elaboración de los instrumentos de medida que aquí se presentan fue la propuesta de las diferentes categorías que se consideraban teóricamente importantes en función de la formación en terapia de conducta de los miembros del equipo de investigación.

Así, en el caso del *SISC-INTER-RC*, en esta primera fase se partió del trabajo previo realizado con el *SISC-CVT*, basado en la propuesta de operaciones conductuales básicas de Pérez (1996a, 1996b, 2004). En cuanto al subsistema para la conducta verbal del terapeuta, *SISC-CVT-RC*, se plantearon 16 categorías agrupadas en 6 categorías supraordenadas (*función discriminativa, función de refuerzo, función de castigo, función evocadora, función de preparación y función instruccional*) de modo que se especificaran aspectos de las potenciales funciones básicas de la conducta del terapeuta relevantes para un análisis detallado de la técnica de reestructuración. En el caso del subsistema para la conducta verbal del cliente, *SISC-CVC-RC*, se plantearon 8 categorías de acuerdo con las posibles respuestas de éste a las potenciales funciones de las verbalizaciones del terapeuta: *proporcionar información, mostrar aceptación, mostrar desacuerdo, seguir instrucciones, imitación verbal, solicitar información, verbalizaciones de logro y verbalizaciones de fracaso*. Con respecto al *SISC-COT* se propusieron en un inicio 4 categorías, que incluían las ya utilizadas por Karpiak y Benjamin (2004) y una más, intermedia, que se valoró como importante: *respuesta adaptativa, no adaptativa, semi-adaptativa y neutra*. Por último, la propuesta para valorar el grado de efectividad del debate con la escala *EVED-RC* constó de cuatro categorías: *éxito total, éxito parcial, fracaso y abandono*.

Por otra parte, también en este momento se tomaron las decisiones iniciales en cuanto a las unidades de categorización y otros aspectos sobre el procedimiento de observación y registro. En el caso del subsistema *SISC-CVT-RC* se decidió analizar toda conducta verbal emitida por el psicólogo durante el desarrollo de cada fragmento de reestructuración y, en el caso del subsistema *SISC-CVC-RC* y del *SISC-COT*, se decidió analizar lo correspondiente en el cliente. En todos los casos se estableció que el comportamiento no verbal o paralingüístico de ambos no sería objeto de análisis excepto en los casos en los que tenerlo en cuenta ayudara a clarificar la categorización de la conducta verbal (por ejemplo, en los

momentos en los que la entonación o el volumen de la voz pueden ayudar a entender el significado de las palabras o, en el caso del terapeuta, también su expresión facial). Otra decisión supuso excluir del registro y del posterior análisis las verbalizaciones del terapeuta y del cliente que los distintos observadores considerasen que no tenían relación con la técnica de reestructuración cognitiva. Para la valoración de la efectividad de los debates según la escala *EVED-RC* se plantearon varias posibilidades, como atender solamente a la última parte de la grabación o tener en cuenta el tiempo de duración del debate, pero finalmente se decidió que la mejor opción sería observar el fragmento completo de debate e, independientemente del tiempo, atender a las verbalizaciones del cliente según su categorización previa con el *SISC-COT*, lo que implica que para determinar el grado de efectividad conseguido en el debate se considerará el grado de aproximación a los objetivos terapéuticos del conjunto de las verbalizaciones del cliente en dicho fragmento y en función de ello se dará un juicio global.

2.- Observaciones piloto: puesta a prueba de las categorías establecidas a priori y propuesta inicial de criterios de categorización.

En esta fase se observaron y registraron distintos fragmentos de reestructuración cognitiva para comprobar si las categorías inicialmente propuestas resultaban aplicables al objetivo de estudio perseguido. Estas primeras observaciones permitieron una mejor definición de las categorías, la inclusión o eliminación de algunas de ellas en alguno de los instrumentos, así como una propuesta inicial de operativización de los criterios de categorización que permitían decidir sobre la asignación de las distintas categorías. El procedimiento general de trabajo consistió en la observación y el registro de los fragmentos de manera independiente por parte de varios observadores y la comparación, análisis y discusión de las semejanzas y diferencias encontradas en los registros. En el caso de los dos sistemas de categorización se optó por el registro y codificación utilizando

transcripciones de las sesiones, en lugar del registro y codificación automáticos, para facilitar esta primera aproximación. Todos los observadores, un total de cinco, que participaron en el proceso de elaboración de los instrumentos de medida eran expertos en terapia de conducta y, en el caso de la elaboración del subsistema *SISC-CVT-RC* para la categorización de la conducta verbal del terapeuta, los observadores estaban entrenados en el sistema general previo, el *SISC-CVT*, del que se derivó el presente instrumento. En la tabla V.2 se especifican cuáles fueron los observadores que participaron en ésta y en la siguiente fase de desarrollo de los instrumentos así como los fragmentos utilizados en cada fase.

### 3.- Depuración y propuesta definitiva de los instrumentos de medida.

Tras la primera definición de las categorías y los criterios de categorización, se trabajó en esta fase en la depuración de ambos por medio de la observación y registro de numerosos fragmentos de reestructuración por parte de distintos jueces independientes y, al igual que en la fase anterior, el procedimiento de trabajo fue siempre el mismo: se comparaban los registros realizados por los distintos observadores y se analizaban y discutían las semejanzas y diferencias encontradas intentando llegar a criterios consensuados que facilitaran los posteriores registros hasta llegar a la configuración final de los instrumentos.

En el caso de los sistemas de categorías *SISC-INTER-RC* y *SISC-COT* en esta fase se comenzó con la observación sistemática y registro utilizando el software *The Observer XT* y, tanto en el caso de la conducta verbal del terapeuta como en la del cliente, se decidió llevar a cabo *registros activados por transición* (Quera, 1991, 1997), que son registros en los que el observador anota todas las ocurrencias y/o duraciones de las unidades de conducta en el orden en que va produciéndolas el sujeto que se está observando y únicamente se registran los momentos en los que se produce el cambio conductual, aunque se observe de manera continua para detectar tales cambios. En este caso las unidades de conducta se corresponden con

**Tabla V.2. Fragmentos observados y observadores participantes en las fases 2 y 3 del desarrollo de los instrumentos de medida.**

<i>Instrumentos de medida</i>	<i>Fases</i>	
	<i>Fase de observaciones piloto</i>	<i>Fase de depuración del sistema</i>
<i>SISC-CVT-RC</i>	<i>Fragmentos observados:</i> <sup>a</sup> Caso 1, S7 (13' 30'') y S5 (12' 51'') Caso 2, S6 (15' 49'')	<i>Fragmentos observados:</i> ver tabla V.1 <sup>b</sup>
	<i>Observadores participantes:</i> Observador 1, Observador 2	<i>Observadores participantes:</i> Observador 1, Observador 2, Observador 3
<i>SISC-INTER-RC</i>	<i>Fragmentos observados:</i> <sup>a</sup> Caso 2, S6 (15' 49'') Caso 1, S5 (12' 51'') y S7 (13' 30'')	<i>Fragmentos observados:</i> ver tabla V.1 <sup>b</sup>
	<i>Observadores participantes:</i> Observador 1, Observador 3, Observador 4	<i>Observadores participantes:</i> Observador 1, Observador 2, Observador 5
<i>SISC-COT</i>	<i>Fragmentos observados:</i> <sup>a</sup> Caso 2, S6 (15' 49'') Caso 1, S5 (12' 51'') y S7 (13' 30'')	<i>Fragmentos observados:</i> ver tabla V.1 <sup>b</sup>
	<i>Observadores participantes:</i> Observador 1, Observador 3	<i>Observadores participantes:</i> Observador 1, Observador 5
<i>EVED-RC</i>	<i>Fragmentos observados:</i> <sup>a</sup> Caso 2, S7 (53' 58'') Caso 1, S3 (05' 15''), S6 (08' 35'') y S9 (23' 35'') Caso 7, S5 (02' 46'') Caso 8, S4 (07' 15'') Caso 10, S11 (14' 20'')	<i>Fragmentos observados:</i> ver tabla V.1 <sup>b</sup>
	<i>Observadores participantes:</i> Observador 1, Observador 5	<i>Observadores participantes:</i> Observador 1, Observador 5

S= sesión

<sup>a</sup> Por orden de observación.

<sup>b</sup> Se observaron en esta fase todas las sesiones incluidas en la tabla V.1 excepto las utilizadas para la fase anterior.

las unidades de registro, quedando éstas determinadas por la transición de unas categorías a otras en lugar de estar establecidas a priori. Dadas las posibilidades de registro que permite la herramienta informática empleada y el interés que tenía conocer la duración de ciertos comportamientos, en algunas categorías del subsistema del terapeuta *SISC-CVT-RC* se decidió registrar no sólo la ocurrencia sino también la duración de la conducta, estableciéndose categorías estado (aquellas para las que se registran los momentos de inicio y finalización) frente a las categorías evento (aquellas de las que sólo se registra la ocurrencia). En el caso del cliente solamente se consideraba la ocurrencia y no la duración de los comportamientos.

Respecto a la escala de apreciación *EVED-RC* no se produjo en esta fase un cambio en el soporte utilizado para los registros, que se siguieron realizando con papel y lápiz, sin embargo, al igual que en el caso de los sistemas de categorías, sí se amplió considerablemente la muestra de fragmentos observados, que se trató de diversificar en cuanto a los terapeutas participantes. Así, en todos los instrumentos construidos, se comenzó con la observación y registro de sesiones en las que participaba la terapeuta más experta por si esto pudiera aportar claridad al inicio del proceso y más adelante se pasó gradualmente a observar a terapeutas diferentes.

A lo largo de la fase de depuración de los instrumentos se fue calculando en cada punto el grado de concordancia entre pares de observadores. Se utilizaron índices estadísticos diferentes para el caso de los sistemas de categorización y de la escala de apreciación puesto que en el primer caso se debe informar de la concordancia *punto por punto* (concordancia en el registro efectuado en cada una de las unidades a lo largo de las sesiones de observación) y en el segundo caso hay que buscar un índice de concordancia *global* (concordancia en las medidas globales de la conducta) (Quera, 1997). Uno de los índices más utilizados para informar de la concordancia punto por punto es el *porcentaje de acuerdo entre observadores*, aunque su principal problema es que no corrige el posible

efecto del azar, algo que sí introduce el *coeficiente Kappa de Cohen* (Cohen, 1960), considerado el mejor índice de acuerdo punto por punto. En el caso de los índices de concordancia global el *coeficiente de correlación intraclase de Berk* (1979) sería el de elección e informa de la proporción de la variabilidad total de los datos que es debida a la variabilidad en el fenómeno observado en lugar de a la variabilidad en el criterio de los observadores. Mientras que en este último índice se suelen considerar valores óptimos aquellos que superan 0,80 (Quera, 1997), resulta difícil establecer qué valores de Kappa indican grados aceptables de concordancia entre observadores (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997), aunque parece que se podrían clasificar los valores de Kappa en *pobres* (valores inferiores a 0,40), *razonables* (entre 0,40 y 0,60), *buenos* (entre 0,60 y 0,75) y *excelentes* (valores superiores a 0,75) (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977). Teniendo en cuenta lo anterior, se dio por finalizada la fase de depuración cuando en cada caso se habían operativizado lo máximo posible los acuerdos de categorización y se había llegado a un nivel de acuerdo apropiado en las comparaciones por pares de observadores, en concreto, cuando se había alcanzado y se mantenía durante más de tres comparaciones sucesivas un valor de Kappa superior a 0,50 para *SISC-INTER-RC* y *SISC-COT* y cuando, considerando el total de las observaciones desde el establecimiento de los criterios de categorización definitivos con la escala *EVED-RC*, se obtenía un valor de coeficiente de correlación intraclase superior a 0,80.

### **3. RESULTADOS.**

#### **3.1 Instrumentos de medida definitivos.**

Se presentan en este apartado las definiciones de las categorías que forman parte de la versión definitiva de los sistemas *SISC-INTER-RC* (tablas V.3 para categorías del terapeuta y V.4 para categorías del cliente) y *SISC-COT* (tabla

V.5) que, como se puede apreciar, suman un total de 18 categorías agrupadas en siete categorías supraordenadas para el terapeuta y ocho categorías para el cliente en el primer instrumento, y cuatro categorías en el segundo. Los sistemas de categorización completos, que incluyen las definiciones, los criterios de categorización y diversos ejemplos y contraejemplos para las distintas categorías, se pueden consultar en los anexos II y III, respectivamente.

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

<i>Categorías</i>	<i>Definición<sup>a</sup></i>
<i>Función discriminativa</i>	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o de castigo. (Cat. evento) <i>Posibles variantes:</i> Sin indicar la dirección deseada de la respuesta, Indicando la dirección deseada de la respuesta, Discriminativo conversacional, Discriminativo fallido, Discriminativo “otras”.
<i>Función evocadora</i>	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar. (Cat. evento)
<i>Función de refuerzo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente. (Cat. evento) <i>Posibles variantes:</i> Refuerzo conversacional, Bajo, Medio, Alto.
<i>Función de castigo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente. (Cat. evento) <i>Posibles variantes:</i> Castigo Bajo, Medio, Alto.
<i>Función de preparación</i>	Verbalización del terapeuta que facilita la emisión de una determinada respuesta por parte del cliente. <i>Posibles variantes:</i> Preparación del discriminativo (Cat. evento), Informativa (Cat. estado), Motivadora (Cat. estado).
<i>Función instruccional</i>	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. (Cat. estado)
<i>Otras</i>	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. (Cat. evento)

Cat.= categoría.

<sup>a</sup> Por cuestiones de espacio sólo se incluyen las definiciones de las categorías supraordenadas. Pueden consultarse los criterios de categorización de las variantes de éstas en el anexo II.

**Tabla V.4. Definición de las categorías del subsistema SISC-CVC-RC.**

<i>Categorías</i>	<i>Definición</i>
<i>Proporcionar información</i>	Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información relevante para la evaluación y/o el tratamiento.
<i>Solicitar información</i>	Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.
<i>Mostrar aceptación</i>	Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
<i>Mostrar desacuerdo</i>	Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
<i>Verbalización de emociones negativas</i>	Expresión de emociones negativas, en forma de queja, que hace referencia al padecimiento del cliente debido a sus conductas problema. También verbalizaciones que indican una resistencia a las tareas propuestas por el terapeuta a causa del padecimiento que las mismas le supondrían.
<i>Verbalización de emociones positivas</i>	Expresión de emociones positivas que hace 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.
<i>Seguir instrucciones</i>	Conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta.
<i>Otras</i>	Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

**Tabla V.5. Definición de las categorías del sistema SISC-COT.**

<i>Categorías</i>	<i>Definición</i>
<i>VAT</i>	Verbalizaciones de Aproximación al objetivo Terapéutico del debate.
<i>VOT</i>	Verbalizaciones Opuestas al objetivo Terapéutico del debate.
<i>VIT</i>	Verbalizaciones Intermedias con respecto al objetivo Terapéutico del debate.
<i>No categorizable</i>	Verbalizaciones no categorizables en cuanto a si se aproximan o no a los objetivos perseguidos por el terapeuta durante el debate.

En la tabla V.6 se presentan los tres niveles de efectividad que finalmente se incluyeron en la escala de apreciación *EVED-RC*. Se pueden consultar los criterios para la asignación de cada una de las tres categorías en el anexo IV.

**Tabla V.6. Niveles de efectividad del debate según la escala *EVED-RC*.**

<i>Niveles de efectividad</i>
Fracaso
Éxito parcial
Éxito total

### 3.2 *Cálculo del grado de acuerdo interjueces alcanzado.*

En la tabla V.7 se presentan los datos relativos a los niveles de concordancia interjueces a partir de los cuales se decidió finalizar la depuración de los instrumentos de medida. Las comparaciones del grado de acuerdo se realizaron entre las parejas de observadores que en el caso de cada sistema habían participado durante más tiempo en las fases de desarrollo de los instrumentos y por tanto estaban más entrenados en el uso de ellos. En el caso de los sistemas de categorías *SISC-INTER-RC* y *SISC-COT* se muestran el porcentaje de acuerdo (PA) y el coeficiente Kappa de Cohen ( $k$ ) de las tres últimas comparaciones realizadas entre parejas de observadores, ambos índices calculados con el programa *The Observer XT* considerando una ventana de tolerancia de 2 segundos. Los resultados para el sistema *SISC-INTER-RC* se presentan por separado para el subsistema del terapeuta y del cliente al tratarse de dos conjuntos de categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes diferentes. El coeficiente de correlación intraclase de Berk (CCI) para calcular el grado de concordancia en el total de observaciones realizadas con la escala *EVED-RC* fue

obtenido con el programa *SPSS* asumiendo el modelo paralelo y un acuerdo absoluto.

**Tabla V.7. Grado de concordancia tras la depuración de los instrumentos de medida.**

<i>Instrumentos</i>	<i>Grado de concordancia (observadores e índices)</i>	
	<i>Pareja de observadores: Ob. 1 y Ob. 2</i>	
	<i>SISC-CVT-RC</i>	<i>Fragmentos: PA / Kappa de Cohen:</i>
	Caso 3, S10 (06' 18'')	70% / $k = 0,64, p = 0,00$
	Caso 10, S11 (14' 20'')	59% / $k = 0,51, p = 0,00$
<i>SISC-INTER-RC</i>	Caso 3, S9 (01' 10'')	78% / $k = 0,74, p = 0,00$
	<i>Pareja de observadores: Ob. 1 y Ob. 2</i>	
	<i>SISC-CVC-RC</i>	<i>Fragmentos: PA / Kappa de Cohen:</i>
	Caso 1, S9 (23' 35'')	85% / $k = 0,73, p = 0,00$
	Caso 11, S10 (15' 20'')	86% / $k = 0,75, p = 0,00$
	Caso 9, S9 (02' 09'')	68% / $k = 0,51, p = 0,00$
	<i>Pareja de observadores: Ob. 1 y Ob. 5</i>	
<i>SISC-COT</i>	<i>Fragmentos:</i>	<i>PA / Kappa de Cohen:</i>
	Caso 7, S8 (09' 36'')	88% / $k = 0,85, p = 0,00$
	Caso 13, S6 (07' 53'')	89% / $k = 0,80, p = 0,00$
	Caso 4, S14 (06' 03'')	85% / $k = 0,79, p = 0,00$
	<i>Pareja de observadores: Ob. 1 y Ob. 5</i>	
<i>EVED-RC</i>	<i>Fragmentos: Caso 4, S7 (12' 18''), S54 (35' 53''), S54 (05' 47''), S60 (03' 48''), S68 (04' 23''), S71 (01' 02''); Caso 12, S6 (04' 18''), S6 (01' 14''), S6 (00' 17''); Caso 3, S10 (06' 18''); Caso 7, S5 (02' 46'').</i>	
	CCI = 0,89, $p = 0,001$	

S= sesión

Como puede apreciarse, en este último caso se finalizó el desarrollo de la escala de apreciación cuando se obtuvo un elevado valor de CCI promedio (0,89) que se puede considerar un valor óptimo de concordancia y que estaba asociado a un nivel de significación estadística inferior a 0,01, lo que permite rechazar la hipótesis de que el valor poblacional de CCI es cero. En el caso de los sistemas de categorización *SISC-INTER-RC* (en los dos subsistemas) y *SISC-COT* los valores de Kappa fueron siempre como mínimo razonables y, sobre todo, buenos

y excelentes, y en todo caso asociados a niveles de significación estadística inferiores a 0,01, por lo que se puede rechazar la hipótesis de que los acuerdos entre observadores en los registros comparados se deban al azar. Los valores más altos se obtuvieron en el sistema *SISC-COT* entre el observador 1 y el 5, con índices Kappa entre 0,79 y 0,85 correspondientes a porcentajes de acuerdo entre 85% y 89%. En el caso del subsistema para la categorización de la conducta verbal del terapeuta, *SISC-CVT-RC*, los valores de Kappa de concordancia entre el observador 1 y 2 oscilaron entre 0,51 y 0,74, lo que equivale a un rango entre el 59% y el 78% de acuerdo entre los dos jueces. Por último, en el sistema para la categorización de la conducta verbal del cliente, *SISC-CVC-RC*, el índice Kappa varió entre 0,51 y 0,75 en las tres últimas comparaciones de registros entre el observador 1 y 2, lo que corresponde a valores entre 68 % y 86% de acuerdo entre los dos jueces.

#### **4. DISCUSIÓN.**

Comenzábamos el capítulo diciendo que en la elección de un instrumento de medida siempre hay que tener en cuenta que las garantías científicas del mismo sean apropiadas. Cuando se habla de estas garantías normalmente se entiende por tales asegurar que el instrumento es suficientemente válido y fiable. El estudio de la validez de un instrumento es un proceso continuo que se suele comenzar una vez construido éste, razón por la cual no se ha hecho referencia a ello a lo largo del estudio, sin embargo, sí es éste el momento para plantear cómo se podría proceder a partir de este punto. El concepto de validez se refiere, en términos generales, a si el instrumento mide lo que realmente pretende medir y en el campo de la observación la validez se suele estudiar en relación a tres aspectos o dimensiones de la misma: *validez de contenido*, que se refiere a si la selección de conductas recogidas en un sistema es una muestra representativa del fenómeno que se quiere observar; *validez de constructo*, que indica si las unidades de conducta que se han definido reflejan adecuadamente los constructos (o variables

no directamente observables) que se especula que representan; y *validez orientada al criterio*, que establece el grado en que un código detecta las posibles variaciones del fenómeno que se pretende observar (León y Montero, 1997; Quera, 1997). Como señala este último autor, la validez de constructo no tiene razón de ser si no se pretende que las conductas representen variables inobservables y en estos casos se consideraría que las unidades definidas son inherentemente válidas. Tal sería nuestro caso, pues los instrumentos desarrollados no pretenden reflejar constructos hipotéticos aunque sean hipotéticas, por poner un ejemplo, las funciones de la conducta verbal del terapeuta, que habrá que comprobar en algún punto, lo cual es diferente a afirmar que éstas pretenden reflejar variables inobservables. Con respecto a la validez de contenido, lo ideal sería poder comparar nuestros instrumentos con otros similares que se hayan aplicado con éxito para comprobar si hay algún aspecto olvidado que se pueda añadir, sin embargo, la escasez e incluso ausencia en algunos casos de instrumentos que midan dimensiones de la conducta como las aquí estudiadas o que lo hagan en el mismo nivel de análisis que nosotros hace imposible tal comparación. Por ello, la manera de proceder sería poner en marcha diversos estudios con muestras amplias en los que se compruebe que las categorías aquí propuestas cubren el rango de conductas del terapeuta y del cliente que se pretenden analizar y para ello serían un punto de partida fundamental las definiciones de categorías, ejemplos y contraejemplos de las mismas, así como la operativización de los criterios de categorización que se han recogido en los distintos documentos relativos a los instrumentos desarrollados (anexos II, III y IV) y que permiten comprender a qué se refiere cada una de las categorías propuestas. Atendiendo ahora a la validez orientada al criterio, una manera de abordar su estudio sería iniciar diseños de investigación en los que se apliquen los instrumentos de medida para analizar, en primer lugar, si se han dado variaciones en el fenómeno observado entre diferentes casos o grupos y, en segundo lugar, si dichas variaciones tienen coherencia teórica. Por todo ello, los estudios empíricos 2 y 3 constituirán un primer paso en el proceso de validación de los instrumentos aquí presentados.

Por otra parte, la fiabilidad es un aspecto fundamental cuando la investigación está basada en la observación y este concepto hace referencia al hecho de que un procedimiento lleve a obtener la misma información con independencia del observador que lo realice o del momento de recogida de datos. A lo largo del estudio se ha expuesto la manera en que se resolvió esta cuestión, que consistió en la depuración de los instrumentos de medida hasta llegar a la obtención de índices apropiados de acuerdo o concordancia interjueces. Tal como se explicó, para el caso de las escalas de apreciación el índice de elección es el coeficiente de correlación intraclase de Berk y se alcanzó un nivel óptimo del mismo en el desarrollo de la escala *EVED-RC*. Los valores del coeficiente Kappa de Cohen obtenidos para calcular la concordancia entre observadores en los sistemas de categorización *SISC-INTER-RC* y *SISC-COT* también parecen apropiados aunque, como ya se apuntó, la interpretación de los valores de este índice es difícil y para una correcta valoración de los mismos habría que tener en cuenta diversos factores que, según Bakeman et al. (2007), se concretarían en el número de categorías del sistema, la variabilidad de sus probabilidades simples y la precisión con que los observadores realizan sus registros, un valor teórico que no podemos conocer a priori. Dado que en cualquier investigación podemos saber tanto el valor de Kappa, como el número de categorías utilizadas y la proporción de ocurrencia de cada una de ellas, podríamos calcular el valor teórico de precisión al que corresponderían los valores obtenidos de Kappa según la propuesta de estos autores. La precisión reflejaría el grado de concordancia entre los registros realizados de forma simultánea e independiente por parte de un observador presuntamente falible y otro presuntamente infalible lo cual, según Quera (1997), es una medida de calidad mejor que la fiabilidad. Por ello y con el objetivo de aportar información complementaria sobre las garantías científicas de los sistemas de categorización desarrollados, se han calculado los niveles de precisión que se corresponderían con los valores del índice Kappa obtenidos en la depuración del *SISC-INTER-RC* y del *SISC-COT*. Para ilustrar los cálculos realizados para la obtención de los valores de precisión se presentan al final de este apartado tres tablas que recogen las medias y desviaciones típicas de las

proporciones de ocurrencia de las distintas categorías tomando en consideración los registros realizados por las parejas de observadores que participaron en el momento final de depuración de los sistemas de categorías y para los cuales se calcularon los índices de concordancia interjueces (ver tablas V.8, V.9 y V.10). Como se puede apreciar, en todos los casos la variabilidad en las proporciones de ocurrencia de las categorías fue alta, lo que incluido en la ecuación propuesta por Bakeman et al. (1997) permitiría concluir que los niveles de precisión de los observadores oscilarían aproximadamente entre un valor algo inferior al 80% y un valor de 87,5% en el caso del subsistema para el terapeuta *SISC-CVT-RC*, la oscilación de los valores de precisión en el subsistema del cliente *SISC-CVC-RC* estaría entre un valor también algo inferior a 80% y un valor de 88% y en el caso del sistema *SISC-COT* el rango se encuentra entre 92,5% y 95%. Esto quiere decir que en todas las comparaciones interjueces, excepto en dos, el valor de Kappa está asociado a porcentajes de precisión superiores al nivel de 80%, considerado el límite inferior del rango de valores deseables y, en los casos en los que no se superó este valor, la precisión obtenida era muy cercana a dicho límite, con lo cual finalmente se podría concluir que el nivel de precisión de los observadores en el registro con los distintos sistemas de categorías parece adecuado en la mayoría de los casos.

A pesar de las conclusiones a las que hemos llegado, no por ello se puede dejar de resaltar que sería deseable trabajar en el futuro para comprobar si este grado de precisión y acuerdo interjueces se mantiene y/o mejora, incluso variando determinadas condiciones. En primer lugar, resultaría positivo continuar con la depuración de los sistemas de categorías, en especial del *SISC-INTER-RC*, para que en todos los casos, y no sólo en la mayoría de ellos, la precisión de los observadores al realizar los registros se encuentre en niveles óptimos. Por otra parte, convendría entrenar a observadores inexpertos en los instrumentos de medida y calcular su grado de acuerdo con los jueces participantes en este estudio y con otros jueces inexpertos independientes para saber si otras personas que no participaron en el desarrollo de los instrumentos son capaces de registrar con ellos de manera fiable y precisa. También sería útil estudiar si estos

resultados de fiabilidad y precisión se encuentran en el registro de muestras de casos diferentes y con terapeutas distintos. En principio, aunque una buena proporción de los sistemas fue desarrollada con sesiones dirigidas por el terapeuta 1, la concordancia entre observadores no siempre es inferior cuando se ha calculado en sesiones de otros terapeutas. Se puede apreciar en la tabla V.7 presentada anteriormente que, aunque los valores de Kappa más bajos se encontraron en dos fragmentos de sesiones con terapeutas diferentes al 1 (Caso 10, S11, 14' 20''; Caso 9, S9, 02' 09''), en otros tres fragmentos dirigidos por terapeutas distintos los niveles de Kappa fueron buenos o excelentes (Caso 11, S10, 15' 20''; Caso 7, S8, 09' 36''; Caso 13, S6, 07' 53''). Aún así, creemos que sería positivo comprobar que estos instrumentos de medida también son aplicables a la observación de la conducta verbal de terapeutas y clientes distintos de los aquí observados y, en caso necesario, trabajar en la depuración de las diferencias encontradas para finalmente poder concluir que estos instrumentos son aplicables a cualquier muestra de sesiones clínicas.

**Tabla V.8. Proporciones de ocurrencia de las categorías supraordenadas del subsistema SISC-CVT-RC según los observadores 1 y 2.**

	Categorías						
	F. discr.	F. evoc.	F. ref.	F. cast.	F. prep.	F. instr.	Otras
<i>Media</i>	0,27	0	0,13	0,07	0,37	0,03	0,13
<i>Sx</i>	0,07	0	0,08	0,05	0,11	0,02	0,04

F. discr.= función discriminativa; F. evoc.= función evocadora; F. ref.= función de refuerzo; F. cast.= función de castigo; F. prep.= función de preparación; F. instr.= función instruccional; *Sx*= desviación típica.

**Tabla V.9. Proporciones de ocurrencia de las categorías del subsistema SISC-CVC-RC según los observadores 1 y 2.**

	Categorías							
	Pr. inf.	Sol. inf.	Acept.	Desac.	Seg. instr.	Em. neg.	Em. pos.	Otras
<i>Media</i>	0,62	0,01	0,31	0,02	0,01	0,01	0	0,02
<i>Sx</i>	0,06	0,02	0,10	0,02	0,01	0,03	0	0,05

Pr. inf.= proporcionar información; Sol. inf.= solicitar información; Acept.= mostrar aceptación; Desac.= mostrar desacuerdo; Seg. instr.= seguir instrucciones; Em. neg.= verbalización de emociones negativas; Em. pos.= verbalización de emociones positivas; *Sx*= desviación típica.

**Tabla V.10. Proporciones de ocurrencia de las categorías del sistema SISC-COT según los observadores 1 y 5.**

	<i>Categorías</i>			
	VAT	VOT	VIT	No categorizable
<i>Media</i>	0,24	0,36	0,06	0,34
<i>Sx</i>	0,16	0,23	0,08	0,28

*Sx*= desviación típica.

## **CAPÍTULO VI**

### ***ESTUDIO EMPÍRICO 2: Estudio de los procedimientos terapéuticos utilizados al aplicar la técnica de reestructuración cognitiva.***

#### **1. INTRODUCCIÓN.**

Una vez desarrollados los instrumentos de medida que se utilizarán para categorizar las variables de interés durante la aplicación de la reestructuración cognitiva, nos proponemos comenzar el estudio del proceso terapéutico partiendo de un análisis global de las sesiones en las que se aplica esta técnica. En esta línea, el primer objetivo de este estudio empírico es identificar los procedimientos terapéuticos aplicados dentro de la técnica de reestructuración cognitiva y analizar la frecuencia con que se da cada uno de ellos en la muestra observada, lo que contribuirá a aclarar uno de los puntos más problemáticos de la literatura sobre reestructuración cognitiva: ¿qué componentes tiene esta técnica?

Una vez identificados los componentes o procedimientos terapéuticos que se aplican, se pasará al estudio del comportamiento verbal del psicólogo y del cliente durante su puesta en práctica. Es de esperar que encontremos diferencias en el comportamiento verbal de los psicólogos en función de los distintos procedimientos terapéuticos utilizados y, por consiguiente, también en el comportamiento verbal de los clientes. Con respecto al primer aspecto, Montaña (2008) comprobó en su estudio de la conducta verbal del psicólogo para el análisis del proceso terapéutico que los cambios en la distribución del comportamiento verbal de los psicólogos en sesión no guardaban relación con el terapeuta analizado, con el cliente considerado, con la problemática tratada, ni con las fases en las que teóricamente puede dividirse una intervención conductual, sino que lo que parecía relacionarse con el tipo de comportamiento verbal emitido por los terapeutas de conducta era la *actividad clínicamente*

*relevante* que se estaba llevando a cabo en sesión (evaluación, explicación, tratamiento o consolidación del cambio). Y, puesto que en la reestructuración cognitiva se aplican distintos procedimientos terapéuticos o actividades clínicamente relevantes, en este caso queremos analizar si existen diferencias concretas en las distintas variables del comportamiento del terapeuta (y del cliente) en función de estos procedimientos. Para ello, en lugar de contrastar hipótesis concretas se plantea como segundo objetivo de este estudio realizar un análisis descriptivo del comportamiento verbal de psicólogos y clientes durante la aplicación de los procedimientos terapéuticos identificados previamente y analizar las diferencias entre éstos.

## **2. MÉTODO.**

### **2.1 *Participantes.***

Se observaron un total de 273 grabaciones de sesiones clínicas individuales de aproximadamente una hora de duración que formaban parte de 35 casos diferentes en los que mayoritariamente se trabajó con población adulta. En el estudio participaron cuatro terapeutas de orientación conductual con una experiencia profesional de al menos tres años de práctica clínica continuada tratando como mínimo una media de cinco casos a la semana; todos ellos llevaban a cabo su labor clínica en el *Instituto Terapéutico de Madrid*. Tras la observación se identificaron 153 fragmentos en los que se aplicaba la técnica de reestructuración cognitiva, pertenecientes a 87 sesiones de 22 casos distintos. En la tabla VI.1 se indican las características de los fragmentos de reestructuración encontrados, junto con los principales datos relativos a terapeutas y clientes. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado y se garantizó al máximo la confidencialidad de los clientes, según se explicó en el estudio anterior.

**Tabla VI.1. Características de los fragmentos de reestructuración y de terapeutas y clientes.**

Caso <sup>a</sup>	Características de los fragmentos		Características del terapeuta			Características del cliente		
	Número de fragmentos (duración total)	A. T.	Terapeuta	Sexo	Experiencia (años)	Sexo	Edad	Problema
1	13 (1h 31' 30'')	D	1	M	14	M	29	Bajo estado de ánimo
2	5 (1h 49' 19'')	D	1	M	15	M	30	Problemas de pareja
	4 (0h 34' 40'')	E						
	1 (0h 01' 55'')	R						
3	11 (0h 32' 30'')	D	1	M	16	M	32	Problemas de pareja
	1 (0h 01' 30'')	E						
4	27 (2h 19' 22'')	D	1	M	16	M	34	Bajo estado de ánimo
	1 (0h 05' 02'')	E						
	3 (0h 53' 03'')	R						
	4 (0h 08' 41'')	P						
5	1 (0h 25' 53'')	D	1	M	16	M	53	Pr. psicótico
6	1 (0h 06' 03'')	D	2	M	4	M	18	Pr. de alim.
7	2 (0h 12' 22'')	D	3	M	6	M	19	Fobia a atragantarse
8	2 (0h 09' 11'')	D	2	M	8	M	16	Problemas de adaptación al entorno
	4 (0h 29' 52'')	E						
	1 (0h 00' 18'')	P						
9	8 (0h 28' 18'')	D	2	M	6	H	34	Hipocondría
	1 (0h 02' 09'')	E						
10	3 (0h 23' 39'')	D	4	H	6	H	36	Hipocondría
	4 (0h 06' 59'')	E						
11	1 (0h 15' 20'')	R	4	H	5	M	44	Baj. ánimo
12	9 (0h 28' 46'')	D	2	M	9	M	35	Problemas de pareja
	3 (0h 20' 25'')	E						
	2 (0h 05' 58'')	P						
13	3 (0h 21' 02'')	D	2	M	8	H	37	Problemas de pareja
	4 (0h 13' 42'')	E						
14	1 (0h 02' 46'')	E	4	H	4	H	26	Baj. ánimo
15	1 (0h 05' 10'')	E	4	H	3	H	50	Hab. sociales
	1 (0h 01' 25'')	D						
16	1 (0h 01' 25'')	D	2	M	6	M	51	Fobia a volar
	1 (0h 02' 06'')	E						
17	1 (0h 02' 08'')	E	2	M	8	M	34	Baj. ánimo
18	3 (0h 03' 55'')	D	3	M	9	H	24	Bajo estado de ánimo
	2 (0h 03' 20'')	E						
19	4 (0h 38' 59'')	D	2	M	8	M	31	Problema de ansiedad
	1 (0h 43' 47'')	E						
	3 (0h 24' 09'')	R						
	4 (0h 21' 39'')	P						
20	9 (0h 30' 11'')	D	1	M	15	M	30	Problemas de pareja
	1 (0h 11' 19'')	E						
21	1 (0h 01' 23'')	D	1	M	15	H	33	Baj. ánimo
22	1 (0h 02' 00'')	D	1	M	15	M	29	Pr. de pareja

A.T.= actividad terapéutica; D= debate; E= explicación; R= repaso de tareas para casa; P= propuesta de tareas para casa; M= mujer; H= hombre; Pr.= problema; Alim.= alimentación; Baj. ánimo= bajo estado de ánimo; Hab.= habilidades. / <sup>a</sup> Los números asignados a los casos 1-13 coinciden con los presentados en el estudio 1.

## 2.2 *Materiales.*

La observación de la muestra completa para identificar la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva se realizó con un programa reproductor de imagen y sonido al uso (*Windows Media Player*). Una vez identificados los fragmentos de reestructuración, éstos fueron observados, registrados y codificados utilizando el sistema de categorías *SISC-INTER-RC* y con la ayuda del programa informático *The Observer XT* de © Noldus Information Technology en su versión 6.0, a partir del cual se obtuvieron los datos de frecuencias totales y duraciones de las categorías registradas. Para el cálculo del acuerdo intra- e inter-observadores se utilizó el programa *The Observer XT* en su versión 7.0 y el programa *SPSS* en su versión 15.0 fue empleado para el cálculo de los estadísticos descriptivos y las pruebas de comparación entre grupos.

Al igual que se precisó en el primer estudio, cabe destacar en este momento que las grabaciones de las sesiones clínicas fueron realizadas por medio de un circuito cerrado dispuesto en el centro colaborador compuesto por cámaras semi-ocultas situadas en las esquinas de los despachos donde se llevaban a cabo las sesiones clínicas. Las grabaciones, en formato VHS o DVD en función del caso, se transformaron a formato MPEG-2, que es el requerido para el uso del programa *The Observer XT* y también permite la visualización de las sesiones con el reproductor de imagen y sonido utilizado.

## 2.3 *Variables.*

Las variables analizadas en este estudio fueron:

- Tipo de procedimiento terapéutico utilizado por el psicólogo en relación a la técnica de reestructuración cognitiva (variable nominal): según se expuso en el capítulo II, se consideran los siguientes:
  - Explicar al cliente la teoría A-B-C, esto es, la influencia de las verbalizaciones encubiertas en otras conductas de la persona (emociones y comportamientos motores) o informarle sobre por qué ciertos pensamientos se consideran irracionales o disfuncionales.

- Explicar al cliente en qué consiste la técnica de reestructuración que se va a entrenar.
  - Proponer al cliente tareas y pautas de actuación para realizar fuera de sesión (“tareas para casa”).
  - Revisar con el cliente las tareas propuestas en sesiones previas y que éste ha puesto en práctica en el periodo entre sesiones.
  - Debatir las verbalizaciones desadaptativas entre terapeuta y cliente durante la sesión clínica y/o hacer una síntesis del debate matizando algunos aspectos del mismo.
  - Entrenar al cliente durante la sesión en la realización del debate consigo mismo.
- Conducta verbal del psicólogo: se consideran 18 variables cuantitativas que expresan la proporción de ocurrencia de cada categoría de la conducta verbal del psicólogo según el sistema *SISC-INTER-RC* (subsistema *SISC-CVT-RC*) con respecto al número total de categorías evento y estado que se dieron en cada fragmento de reestructuración cognitiva. Por otra parte, se estudian otras tres variables cuantitativas que indican la proporción de tiempo que ocupa cada una de las categorías estado con respecto a la duración total de cada fragmento. A continuación se incluye el listado de las variables de la conducta verbal del psicólogo:
- *Función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta*
  - *Función discriminativa indicando la dirección deseada de la respuesta*
  - *Función discriminativa conversacional*
  - *Función discriminativa fallida*
  - *Función discriminativa “otras”*
  - *Función evocadora*
  - *Función de refuerzo conversacional*

- *Función de refuerzo bajo*
  - *Función de refuerzo medio*
  - *Función de refuerzo alto*
  - *Función de castigo bajo*
  - *Función de castigo medio*
  - *Función de castigo alto*
  - *Función de preparación del discriminativo*
  - *Función de preparación informativa (proporción de ocurrencia y de tiempo)*
  - *Función de preparación motivadora (proporción de ocurrencia y de tiempo)*
  - *Función instruccional (proporción de ocurrencia y de tiempo)*
  - *Otras*
- Conducta verbal del cliente: se consideran ocho variables cuantitativas que expresan la proporción de ocurrencia de cada categoría de la conducta verbal del cliente según el sistema *SISC-INTER-RC* (subsistema *SISC-CVC-RC*) con respecto al número total de eventos que tuvieron lugar en dicho fragmento. A continuación se enumeran estas variables:
- *Proporcionar información*
  - *Solicitar información*
  - *Mostrar aceptación*
  - *Mostrar desacuerdo*
  - *Verbalización de emociones negativas*
  - *Verbalización de emociones positivas*
  - *Seguir instrucciones*
  - *Otras*

#### 2.4 Procedimiento.

Se inició este estudio solicitando la colaboración del centro de Psicología *Instituto Terapéutico de Madrid* donde, a partir de ese momento, se comenzó la grabación de los casos clínicos siempre con el consentimiento previo de la directora del centro, así como de cada psicólogo y cliente que participaron en la investigación.

Una vez grabadas y transformadas a los formatos oportunos, un observador experto en terapia de conducta (el observador 1 del anterior estudio) analizó todas las sesiones para identificar los momentos en los que se aplicaba la reestructuración cognitiva, al tiempo que anotaba el tipo concreto de procedimiento terapéutico utilizado por el psicólogo en ese fragmento de sesión. Se partió del acuerdo de que la explicación del análisis funcional al cliente era el punto a partir del cual se podía considerar que se estaba aplicando esta técnica en terapia puesto que antes de este momento el terapeuta se dedica a evaluar y no a intervenir en el sentido estricto del término. Para ayudar a la correcta identificación de la técnica de reestructuración y a la clasificación de los distintos procedimientos se trabajó en esta tarea con un documento de guía elaborado *ad hoc*, que se puede consultar en el anexo V.

El mismo observador que identificó los momentos en los que se aplicaba la técnica de reestructuración procedió entonces a la observación, registro y codificación de la conducta verbal del terapeuta y del cliente para cada uno de los fragmentos encontrados haciendo uso del programa *The Observer XT*. A pesar del alto grado de entrenamiento del observador 1 en el registro y codificación con el sistema *SISC-INTER-RC*, para garantizar el mantenimiento de un adecuado nivel de fiabilidad en las observaciones, que podría verse afectado por el registro prolongado por parte de un mismo observador, se calculó de manera periódica la concordancia inter- e intra-juez. Los fragmentos de reestructuración cognitiva utilizados para ello fueron elegidos aleatoriamente entre el total de la muestra teniendo en cuenta que su duración fuera igual o superior a cinco minutos. Así, cada vez que el observador 1 completaba el registro y codificación de un 10% de los fragmentos (en torno a 15 registros), se comparaba su grado de acuerdo con

otro observador (identificado como observador 2 en el anterior estudio) también con un alto nivel de entrenamiento en el uso del sistema de categorización *SISC-INTER-RC*. Por otra parte, se midió el nivel de concordancia intra-juez para el observador 1 en los mismos fragmentos de reestructuración que se utilizaron para el cálculo del acuerdo inter-juez, garantizando en este caso que entre los dos momentos diferentes en los que éste registró un mismo fragmento se hubiesen completado en torno a 15 registros distintos para evitar el posible efecto del recuerdo del registro previo, que daría lugar a un incremento artificial del grado de concordancia. El nivel mínimo para el mantenimiento de los registros realizados se fijó en un valor de Kappa de 0,50 que, tal como se indicó en el primer estudio, se encuentra en el punto intermedio del rango de valores razonables para este índice y, por otra parte, se tuvo en cuenta que niveles inferiores de Kappa para un sistema de categorías como el aquí utilizado se alejarían notablemente del nivel óptimo de precisión según Bakeman et al. (1997). Se presentan en la tabla VI.2 los valores del índice Kappa de Cohen ( $k$ ) y el porcentaje de acuerdo (PA) intra- e inter-observadores, todos ellos calculados considerando una ventana de tolerancia de 2 segundos. Como se puede apreciar, los niveles de Kappa fueron siempre superiores a 0,50 y se rechazó la hipótesis de que los acuerdos se debían al azar con un nivel de confianza de 0,95. Específicamente, los índices de concordancia en el subsistema de categorías para la conducta verbal del terapeuta, *SISC-CVT-RC*, oscilaron entre valores de Kappa de 0,62 y 0,77 (y entre 68% y 82% de porcentaje de acuerdo) para las comparaciones entre observadores y 0,61 y 0,90 (68% y 92% de porcentaje de acuerdo) para las comparaciones de los registros del observador 1 en dos momentos diferentes. En el caso del subsistema de categorías para la conducta verbal del cliente, *SISC-CVC-RC*, los valores de Kappa variaron entre 0,54 y 0,73 (69% y 85% de porcentaje de acuerdo) en las comparaciones inter-jueces y entre 0,54 y 1,00 (73% y 100% de porcentaje de acuerdo) en las comparaciones intra-juez.

**Tabla VI.2. Niveles de concordancia intra- e inter-observadores durante el registro y codificación de la muestra.**

Comparación	Fragmento	Subsistema SISC-CVT-RC				Subsistema SISC-CVC-RC			
		Concordancia inter-observadores (Ob. 1 y Ob. 2)		Concordancia intra-observador (Ob. 1)		Concordancia inter-observadores (Ob. 1 y Ob. 2)		Concordancia intra-observador (Ob. 1)	
		PA	<i>k</i>	PA	<i>K</i>	PA	<i>k</i>	PA	<i>k</i>
1	Caso 4, S33 (10' 07'')	80%	$k = 0,76, p = 0,00$	84%	$k = 0,81, p = 0,00$	70%	$k = 0,64, p = 0,00$	85%	$k = 0,80, p = 0,00$
2	Caso 4, S59 (09' 49'')	74%	$k = 0,70, p = 0,00$	89%	$k = 0,87, p = 0,00$	76%	$k = 0,65, p = 0,00$	77%	$k = 0,68, p = 0,00$
3	Caso 3, S7 (09' 56'')	75%	$k = 0,70, p = 0,00$	83%	$k = 0,79, p = 0,00$	80%	$k = 0,63, p = 0,00$	100%	$k = 1,00, p = 0,00$
4	Caso 3, S10 (06' 18'')	79%	$k = 0,75, p = 0,00$	83%	$k = 0,80, p = 0,00$	75%	$k = 0,56, p = 0,00$	89%	$k = 0,80, p = 0,00$
5	Caso 16, S6 (05' 10'')	71%	$k = 0,64, p = 0,00$	68%	$k = 0,61, p = 0,00$	80%	$k = 0,62, p = 0,02$	73%	$k = 0,54, p = 0,02$
6	Caso 6, S5 (06' 03'')	73%	$k = 0,66, p = 0,00$	86%	$k = 0,81, p = 0,00$	81%	$k = 0,71, p = 0,00$	88%	$k = 0,82, p = 0,00$
7	Caso 9, S13 (13' 40'')	68%	$k = 0,62, p = 0,00$	86%	$k = 0,83, p = 0,00$	69%	$k = 0,54, p = 0,00$	78%	$k = 0,67, p = 0,00$
8	Caso 1, S5 (12' 51'')	82%	$k = 0,76, p = 0,00$	89%	$k = 0,85, p = 0,00$	85%	$k = 0,71, p = 0,00$	80%	$k = 0,74, p = 0,00$
9	Caso 1, S6 (13' 33'')	71%	$k = 0,65, p = 0,00$	92%	$k = 0,90, p = 0,00$	80%	$k = 0,63, p = 0,00$	91%	$k = 0,83, p = 0,00$
10	Caso 1, S7 (13' 30'')	81%	$k = 0,77, p = 0,00$	87%	$k = 0,83, p = 0,00$	84%	$k = 0,73, p = 0,00$	79%	$k = 0,65, p = 0,00$

S = sesión; Ob. = observador.

### 3. RESULTADOS.

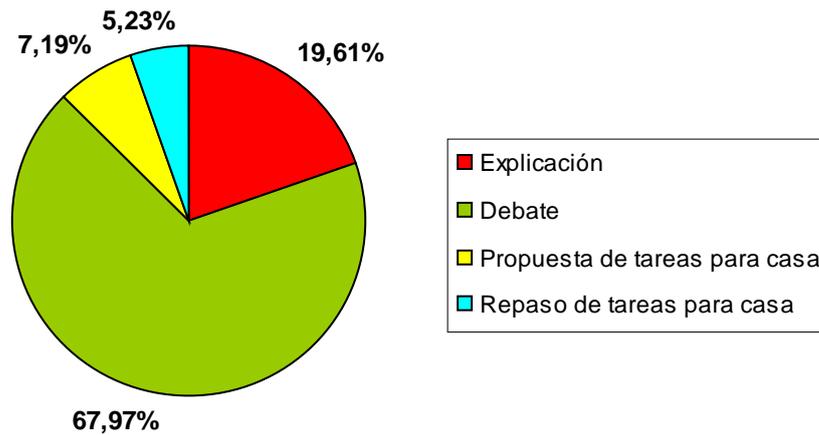
En primer lugar se abordará el análisis descriptivo de los tipos de procedimientos terapéuticos que se han encontrado, informándose de la frecuencia con que se aplica cada uno de ellos en el total de la muestra. Después se procederá a analizar la distribución de las variables del comportamiento verbal del terapeuta y del cliente en cada uno de los grupos de actividades terapéuticas identificados anteriormente y se analizarán las diferencias que tienen lugar entre los distintos grupos.

#### ***3.1 Frecuencia y tipos de procedimientos terapéuticos utilizados en la aplicación de la reestructuración cognitiva.***

Analizando los 153 fragmentos de reestructuración identificados (tabla VI.1), se encontró que la distribución fue la siguiente en cuanto a los tipos de procedimientos terapéuticos utilizados: en 26 fragmentos el terapeuta explicaba al cliente la teoría A-B-C o le informaba sobre por qué ciertos pensamientos se consideran irracionales o disfuncionales y en cuatro fragmentos se explicaba al cliente en qué consiste la técnica de reestructuración, lo que en conjunto se ha considerado el grupo de procedimientos terapéuticos denominado *explicación* ( $n = 30$ ); por su parte, el grupo de *debate* fue el más numeroso ( $n = 104$ ) y estaba formado por 96 fragmentos en los cuales se debatían las verbalizaciones desadaptativas entre terapeuta y cliente durante la sesión clínica, cinco más en los que se hacía un resumen de ideas debatidas previamente y se matizaban algunos aspectos, sumados a otros tres fragmentos en los cuales se entrenaba al cliente en la realización del debate consigo mismo; se encontraron también 11 fragmentos en los que el terapeuta proponía al cliente tareas y pautas de actuación para realizar fuera de sesión (grupo de *propuesta de tareas para casa*) y ocho fragmentos en los que se revisaban con el cliente las tareas propuestas en sesiones previas y que éste puso en práctica en el periodo entre sesiones (grupo de *repaso de tareas para casa*). En la figura VI.1 se refleja el porcentaje que

cada uno de estos grupos de procedimientos representa con respecto al total de fragmentos de reestructuración cognitiva observados.

**Figura VI.1. Procedimientos terapéuticos utilizados en la aplicación de la reestructuración cognitiva.**



### **3.2 Análisis de la distribución de las variables del comportamiento verbal del terapeuta y del cliente en los distintos tipos de procedimientos terapéuticos.**

Este apartado se dedica al estudio de la distribución de las variables relativas a la conducta verbal del terapeuta y del cliente que resultó del registro y codificación de 152<sup>19</sup> fragmentos de reestructuración cognitiva con el sistema de categorías *SISC-INTER-RC*. Además de las variables de la conducta verbal del terapeuta y del cliente que se señalaron en el apartado 2.3, para los análisis que se presentan en éste y en el siguiente apartado se han calculado cuatro variables de agrupación, que engloban en cada caso las proporciones de ocurrencia de las variables correspondientes a categorías de la conducta del terapeuta que están incluidas en una misma categoría supraordenada en el subsistema *SISC-CVT-RC*

<sup>19</sup> La muestra se corresponde con la incluida en la tabla VI.1 a excepción del fragmento de debate encontrado en el caso 5, que fue excluido de estos análisis por considerarse completamente atípico.

(*función discriminativa total* = funciones discriminativa sin indicar e indicando la dirección deseada de la respuesta, discriminativa conversacional, discriminativa fallida y discriminativa “otras”; *función de refuerzo* = funciones de refuerzo conversacional, bajo, medio y alto; *función de castigo total* = funciones de castigo bajo, medio y alto; *función de preparación total* = funciones de preparación del discriminativo, de preparación informativa y de preparación motivadora). Debido al reducido tamaño de dos de los grupos y a la existencia de valores extremos en la mayoría de las variables, se informa de diferentes estadísticos descriptivos de tendencia central, mediana (*Mdn*) y media (*M*), y de dispersión, Centiles 25 y 75 (*C<sub>25</sub>* y *C<sub>75</sub>*) y desviación típica (*S<sub>X</sub>*). Tanto en el caso de las variables del terapeuta como del cliente se calcularon los citados estadísticos para el total de la muestra, así como para los cuatro grupos de procedimientos terapéuticos expuestos en el apartado anterior, lo cual queda recogido en las tablas VI.3 y VI.4 para las variables del terapeuta y del cliente, respectivamente.

Como puede observarse, las variables de la conducta verbal del terapeuta que se dan con mayor frecuencia en la muestra total son la *función discriminativa total* (*Mdn* = 26,81%) y la *función de preparación total*, destacando fundamentalmente la *función de preparación informativa* (*Mdn* = 33,33%), que a su vez representa un alto porcentaje del tiempo de duración de aplicación de la técnica (*Mdn* = 50%). En el otro extremo se encuentran las variables *función evocadora* (*Mdn* = 0%, *M* = 0,05%), *función de castigo total* (*Mdn* = 0,96%) y *otras* (2,58%), mientras que en un punto intermedio se sitúan la *función de refuerzo total* (*Mdn* = 12,31%) y la *función instruccional* (*Mdn* = 7,63% de ocurrencia y 5,26% del total del tiempo de reestructuración). Una distribución muy similar se encuentra en el grupo de *debate*, en el que se podría destacar una mayor frecuencia de la *función de castigo total* (*Mdn* = 4,17%). En el caso del grupo *explicación* cabe resaltar que se da más frecuentemente la *función de preparación motivadora* dentro de la *función de preparación total* (*Mdn* = 7,78%

Tabla VI.3. Estadísticos descriptivos para las variables de la conducta verbal del terapeuta.

		<i>Disc. SI<sup>a</sup></i>	<i>Disc. I<sup>a</sup></i>	<i>Disc. C<sup>a</sup></i>	<i>Disc. F<sup>a</sup></i>	<i>Disc. O<sup>a</sup></i>	<i>Disc. Total<sup>a</sup></i>	<i>Evoc.<sup>a</sup></i>	<i>Ref. B<sup>a</sup></i>	<i>Ref. M<sup>a</sup></i>	<i>Ref. A<sup>a</sup></i>	<i>Ref. C<sup>a</sup></i>	<i>Ref. Total<sup>a</sup></i>
<b>Explicación</b> (n = 30)	<i>M</i>	5,56	0,17	19,28	0,07	0,00	25,08	0,00	0,91	2,65	0,39	5,39	9,35
	<i>Mdn</i>	<b>3,17</b>	<b>0,00</b>	<b>20,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>26,04</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>6,90</b>
	<i>Sx</i>	7,41	0,65	11,03	0,30	0,00	11,60	0,00	1,85	5,78	0,89	7,98	9,79
	C25	0,00	0,00	13,35	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	C75	7,71	0,00	29,45	0,00	0,00	33,82	0,00	0,40	3,17	0,00	8,52	14,75
<b>Debate</b> (n = 103)	<i>M</i>	13,22	2,10	12,75	0,96	0,00	29,02	0,07	3,29	3,06	0,42	6,89	13,66
	<i>Mdn</i>	<b>9,09</b>	<b>0,00</b>	<b>13,08</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>27,27</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>4,55</b>	<b>12,73</b>
	<i>Sx</i>	13,90	5,71	9,59	2,96	0,00	15,67	0,46	5,64	6,04	1,46	8,20	11,41
	C25	0,00	0,00	6,67	0,00	0,00	19,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,47
	C75	25,00	2,08	18,18	0,00	0,00	40,00	0,00	4,88	5,18	0,00	12,50	20,00
<b>Propuesta de tareas</b> (n = 11)	<i>M</i>	2,26	0,11	20,71	0,11	0,00	23,19	0,00	1,03	0,23	0,34	2,31	3,90
	<i>Mdn</i>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>20,59</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>25,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<i>Sx</i>	4,59	0,38	9,07	0,38	0,00	9,74	0,00	2,29	0,75	1,13	3,04	5,16
	C25	0,00	0,00	16,22	0,00	0,00	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	C75	2,50	0,00	25,00	0,00	0,00	29,73	0,00	0,00	0,00	0,00	4,55	8,11
<b>Repaso de tareas</b> (n = 8)	<i>M</i>	15,04	2,98	13,10	0,33	0,00	31,45	0,00	1,87	3,98	0,57	14,79	21,22
	<i>Mdn</i>	<b>12,66</b>	<b>1,62</b>	<b>13,69</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>28,95</b>	<b>0,00</b>	<b>1,55</b>	<b>5,26</b>	<b>0,00</b>	<b>14,24</b>	<b>20,84</b>
	<i>Sx</i>	8,14	3,66	5,17	0,62	0,00	8,45	0,00	2,38	3,05	0,94	6,07	4,98
	C25	8,58	0,15	8,21	0,00	0,00	24,67	0,00	0,00	0,34	0,00	9,20	17,25
	C75	23,13	6,07	16,12	0,92	0,00	41,07	0,00	2,63	6,79	1,24	20,86	26,46
<b>Total muestra</b> (N = 152)	<i>M</i>	11,01	1,62	14,63	0,69	0,00	27,95	0,05	2,58	2,82	0,42	6,68	12,50
	<i>Mdn</i>	<b>6,70</b>	<b>0,00</b>	<b>15,08</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>26,81</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>4,20</b>	<b>12,31</b>
	<i>Sx</i>	12,70	4,86	10,08	2,47	0,00	14,36	0,38	4,88	5,67	1,31	8,07	11,03
	C25	0,00	0,00	9,09	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	C75	17,29	1,44	20,00	0,00	0,00	35,44	0,00	3,62	3,96	0,00	11,90	19,23

Disc.= función discriminativa; SI= sin indicar la dirección deseada de la respuesta; I= indicando la dirección deseada de la respuesta; C= conversacional; F= fallida; O= otras; Disc. Total= función discriminativa total; Evoc.= función evocadora; Ref.= función de refuerzo; B= bajo; M= medio; A= alto; Ref. Total= función de refuerzo total.

<sup>a</sup> Los valores de la variable expresan porcentajes de ocurrencia de la categoría correspondiente de *SISC-CVT-RC* con respecto al total de eventos y estados del terapeuta registrados en el fragmento de reestructuración, teniendo en cuenta en el caso de las categorías estado solamente el registro del momento de inicio de las mismas.

Tabla VI.3. Estadísticos descriptivos para las variables de la conducta verbal del terapeuta (Continuación).

		Cast. B <sup>a</sup>	Cast. M <sup>a</sup>	Cast. A <sup>a</sup>	Cast. T <sup>a</sup>	P. Disc. <sup>a</sup>	Inf.(O) <sup>a</sup>	Mot.(O) <sup>a</sup>	P. T <sup>a</sup>	Inst.(O) <sup>a</sup>	Otras <sup>a</sup>	Inf.(T) <sup>b</sup>	Mot.(T) <sup>b</sup>	Inst.(T) <sup>b</sup>
<b>Explicación</b> (n = 30)	M	1,15	0,85	0,00	2,00	0,23	39,04	10,56	49,82	11,46	2,28	60,60	7,92	11,87
	Mdn	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>35,57</b>	<b>7,78</b>	<b>50,00</b>	<b>10,76</b>	<b>0,00</b>	<b>60,91</b>	<b>4,31</b>	<b>7,60</b>
	Sx	3,44	1,97	0,00	4,39	1,18	11,21	11,15	11,04	9,57	3,47	20,63	11,69	11,30
	C25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31,62	1,70	40,24	2,42	0,00	43,70	0,69	0,57
	C75	0,00	0,00	0,00	2,57	0,00	47,00	18,32	55,56	20,36	4,60	80,64	9,93	22,52
<b>Debate</b> (n = 103)	M	2,57	2,46	0,31	5,38	0,47	32,96	4,21	37,64	8,38	5,84	47,73	3,36	7,18
	Mdn	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>4,17</b>	<b>0,00</b>	<b>31,25</b>	<b>0,00</b>	<b>38,46</b>	<b>6,25</b>	<b>3,03</b>	<b>49,03</b>	<b>0,00</b>	<b>3,73</b>
	Sx	4,40	4,19	1,29	6,09	1,87	13,85	7,87	15,85	9,38	7,26	20,25	7,05	8,86
	C25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,45	0,00	28,57	0,00	0,00	34,88	0,00	0,00
	C75	4,08	3,64	0,00	8,70	0,00	42,11	6,45	45,45	12,50	9,76	62,50	3,86	9,84
<b>Propuesta de tareas</b> (n = 11)	M	0,25	0,98	0,00	1,23	0,00	36,04	5,55	41,59	28,94	1,15	44,38	5,65	35,62
	Mdn	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>35,00</b>	<b>2,50</b>	<b>40,00</b>	<b>27,78</b>	<b>0,00</b>	<b>54,43</b>	<b>2,49</b>	<b>29,79</b>
	Sx	0,81	3,26	0,00	4,07	0,00	11,63	7,89	8,87	13,63	2,29	20,69	7,29	24,43
	C25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,73	0,00	35,14	13,64	0,00	16,67	0,00	12,40
	C75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,45	11,11	50,00	40,00	1,25	62,50	10,73	55,56
<b>Repaso de tareas</b> (n = 8)	M	0,94	1,92	0,00	2,86	0,32	23,94	2,05	26,31	5,56	12,59	33,26	1,44	4,32
	Mdn	<b>0,31</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,72</b>	<b>0,00</b>	<b>27,78</b>	<b>0,71</b>	<b>28,40</b>	<b>5,40</b>	<b>11,55</b>	<b>38,57</b>	<b>0,07</b>	<b>3,38</b>
	Sx	1,41	3,96	0,00	4,64	0,60	10,91	3,03	12,35	4,60	8,84	17,65	2,52	5,16
	C25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,55	0,00	20,45	1,07	5,20	19,56	0,00	0,34
	C75	1,44	2,33	0,00	5,53	0,92	29,54	3,35	36,30	7,77	17,78	48,26	3,62	5,74
<b>Total muestra</b> (N = 152)	M	2,03	2,01	0,21	4,28	0,38	33,91	5,45	39,73	10,33	5,15	49,27	4,32	10,01
	Mdn	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,96</b>	<b>0,00</b>	<b>33,33</b>	<b>1,32</b>	<b>40,00</b>	<b>7,63</b>	<b>2,58</b>	<b>50,00</b>	<b>0,45</b>	<b>5,26</b>
	Sx	4,02	3,81	1,07	5,79	1,64	13,40	8,78	15,44	10,93	6,92	21,07	8,21	13,19
	C25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,27	0,00	30,05	0,00	0,00	35,10	0,00	0,00
	C75	2,61	2,68	0,00	6,86	0,00	42,26	8,05	49,34	14,29	8,29	64,19	5,41	15,87

Cast.= función de castigo; B= bajo; M= medio; A= alto; Cast. T= función de castigo total; P. Disc.= función de preparación del discriminativo; Inf.= función de preparación informativa; Mot.= función de preparación motivadora; P. T.= función de preparación total; Inst.= función instruccional; O= proporción de ocurrencia; T= proporción de tiempo.

<sup>a</sup> Los valores de la variable expresan porcentajes de ocurrencia de la categoría correspondiente de *SISC-CVT-RC* con respecto al total de eventos y estados del terapeuta registrados en el fragmento de reestructuración teniendo en cuenta en el caso de las categorías estado solamente el registro del momento de inicio de las mismas.

<sup>b</sup> Los valores de la variable expresan porcentajes de tiempo de la categoría estado correspondiente de *SISC-CVT-RC* con respecto a la duración total del fragmento de reestructuración.

**Tabla VI.4. Estadísticos descriptivos para las variables de la conducta verbal del cliente.**

		<i>Prop. Inf.</i> <sup>a</sup>	<i>Sol. Inf.</i> <sup>a</sup>	<i>Acept.</i> <sup>a</sup>	<i>Desac.</i> <sup>a</sup>	<i>Em. Neg.</i> <sup>a</sup>	<i>Em. Pos.</i> <sup>a</sup>	<i>Seg. Inst.</i> <sup>a</sup>	<i>Otras</i> <sup>a</sup>
<b>Explicación</b> (n = 30)	<i>M</i>	47,06	2,30	34,12	4,70	2,29	0,00	0,00	2,86
	<i>Mdn</i>	<b>50,00</b>	<b>0,00</b>	<b>21,43</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<i>Sx</i>	22,89	4,68	26,69	9,45	4,76	0,00	0,00	6,92
	<i>C<sub>25</sub></i>	26,98	0,00	15,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<i>C<sub>75</sub></i>	65,58	2,69	52,77	6,33	1,25	0,00	0,00	3,23
<b>Debate</b> (n = 103)	<i>M</i>	55,50	1,73	27,50	6,64	5,35	0,22	0,13	2,94
	<i>Mdn</i>	<b>59,26</b>	<b>0,00</b>	<b>23,08</b>	<b>4,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<i>Sx</i>	22,75	4,53	21,45	8,83	10,55	1,24	0,80	6,93
	<i>C<sub>25</sub></i>	47,37	0,00	12,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<i>C<sub>75</sub></i>	70,00	1,67	36,84	11,11	6,67	0,00	0,00	3,13
<b>Propuesta de tareas</b> (n = 11)	<i>M</i>	42,26	3,28	51,12	0,91	0,51	0,00	1,01	0,91
	<i>Mdn</i>	<b>50,00</b>	<b>0,00</b>	<b>50,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<i>Sx</i>	31,51	6,56	35,83	3,02	1,68	0,00	3,35	3,02
	<i>C<sub>25</sub></i>	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<i>C<sub>75</sub></i>	61,11	5,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Repaso de tareas</b> (n = 8)	<i>M</i>	74,65	1,75	16,76	2,46	2,89	1,04	0,13	0,32
	<i>Mdn</i>	<b>74,42</b>	<b>0,00</b>	<b>16,58</b>	<b>2,62</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<i>Sx</i>	7,07	3,00	10,33	1,79	4,72	2,95	0,37	0,61
	<i>C<sub>25</sub></i>	68,45	0,00	8,63	0,47	0,00	0,00	0,00	0,00
	<i>C<sub>75</sub></i>	81,25	3,33	26,78	4,15	6,43	0,00	0,00	0,79
<b>Total muestra</b> (N = 152)	<i>M</i>	53,88	1,96	29,95	5,62	4,26	0,20	0,17	2,64
	<i>Mdn</i>	<b>57,22</b>	<b>0,00</b>	<b>22,97</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<i>Sx</i>	23,71	4,64	24,23	8,58	9,13	1,22	1,11	6,54
	<i>C<sub>25</sub></i>	43,81	0,00	13,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<i>C<sub>75</sub></i>	69,48	1,84	43,75	9,09	5,47	0,00	0,00	1,70

Prop. Inf.= proporcionar información; Sol. Inf.= solicitar información; Acept.= mostrar aceptación; Desac.= mostrar desacuerdo; Em. Neg.= verbalización de emociones negativas; Em. Pos.= verbalización de emociones positivas; Seg. Inst.= seguir instrucciones.

<sup>a</sup> Los valores de la variable expresan porcentajes de ocurrencia de la categoría correspondiente de *SISC-CVC-RC* con respecto al total de eventos del cliente registrados en el fragmento de reestructuración.

de ocurrencia, además de que el porcentaje de tiempo asciende a 4,31%) que la *función de refuerzo total* ( $Mdn = 6,90\%$ ). Para el grupo de *propuesta de tareas* el dato más destacable es el fuerte peso de la variable *función instruccional* ( $Mdn = 27,78\%$  de ocurrencia y  $29,79\%$  del tiempo) y el poco peso de la *función de refuerzo total* ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 3,90\%$ ). Por último, en el grupo de *repaso de tareas* resalta la alta ocurrencia de la variable *función de refuerzo total* ( $Mdn = 20,84\%$ ) y de la variable *otras* ( $Mdn = 11,55\%$ ), al tiempo que disminuye el peso de la *función de preparación total* al reducirse la ocurrencia relativa de la variable *función de preparación informativa* ( $Mdn = 27,78\%$  de ocurrencia y  $38,57\%$  de tiempo).

En cuanto a las variables agrupadas y en el conjunto de la muestra destacan dentro de la *función discriminativa total* el peso de la *función discriminativa conversacional* ( $Mdn = 15,08\%$ ; preguntas para comprobar la comprensión o el acuerdo del cliente y final de las verbalizaciones del psicólogo interrumpidas por el cliente) y de la *discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta* ( $Mdn = 6,70\%$ ), mientras que la *discriminativa indicando la dirección deseada de la respuesta* ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 1,62\%$ ) y la *discriminativa fallida* ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 0,69\%$ ; el cliente no responde a la verbalización del psicólogo) se señalaron con una frecuencia muy baja, al tiempo que la *función discriminativa otras* (cualquier verbalización discriminativa que no se incluya en las anteriores) no se registró en ningún caso. Dentro de la *función de refuerzo total*, en general la intensidad fue baja ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 2,58\%$ ) o media ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 2,82\%$ ) en lugar de alta ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 0,42\%$ ) y, por otra parte, se señaló más frecuentemente la *función de refuerzo conversacional* ( $Mdn = 4,20\%$ ; señales de aprobación del terapeuta durante el discurso del cliente). En el caso de la *función de castigo total* la intensidad predominante fue también baja ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 2,03\%$ ) o media ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 2,01\%$ ) y en menor medida alta ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 0,21\%$ ). Por último, tal como ya se ha comentado, la *función de preparación informativa* es la que tiene más peso dentro de la *función de preparación total*, seguida de la *función motivadora* ( $Mdn = 1,32\%$  de ocurrencia y  $0,45\%$  de duración), mientras que la *función de preparación del discriminativo*

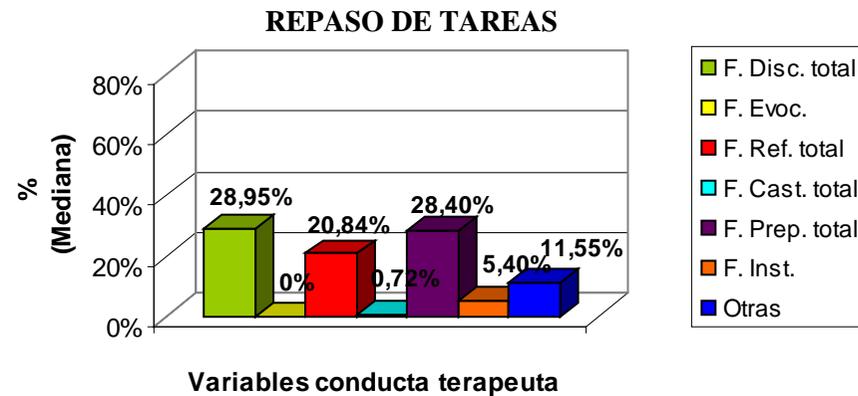
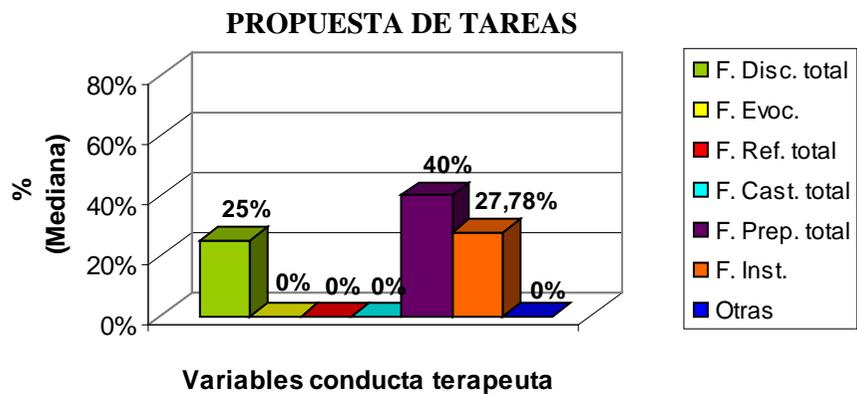
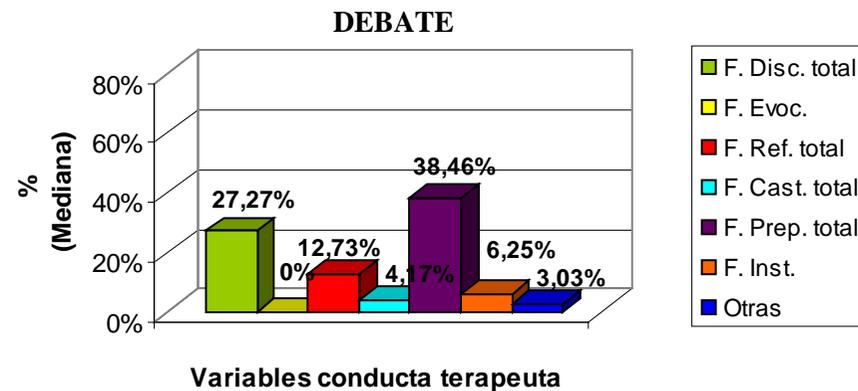
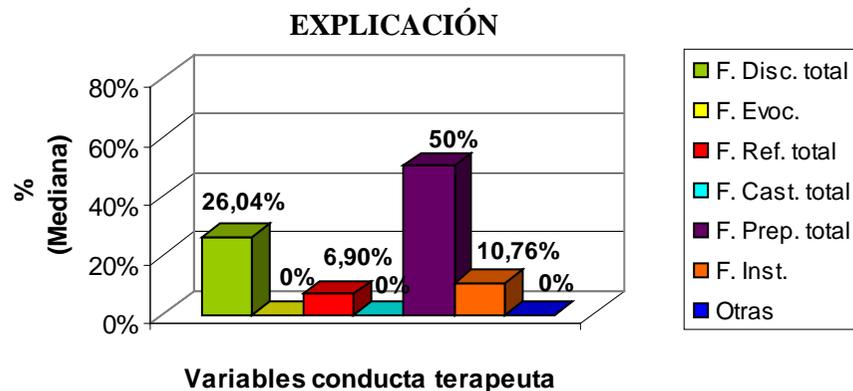
se registró con una frecuencia muy baja ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 0,38\%$ ; hace referencia a las verbalizaciones del terapeuta que ponen en lugar al cliente para que pueda contestar adecuadamente a una función discriminativa posterior).

Del conjunto de variables de la conducta verbal del cliente destaca el peso de dos de ellas: *proporcionar información* ( $Mdn = 57,22\%$ ) y *mostrar aceptación* ( $Mdn = 22,97\%$ ). Una tercera variable, *mostrar desacuerdo*, aunque con un porcentaje de ocurrencia mucho menor, también será relevante a la hora de entender algunas diferencias entre grupos ( $Mdn = 0\%$ ,  $M = 5,62\%$ ). El resto de variables se da con muy baja frecuencia y este mismo patrón general se encuentra aproximadamente en los cuatro grupos de procedimientos terapéuticos. Un resumen gráfico global de esta información se muestra en las figuras VI.2 y VI.3.

### ***3.3 Comparación de las variables del comportamiento verbal del terapeuta y del cliente entre grupos de procedimientos terapéuticos.***

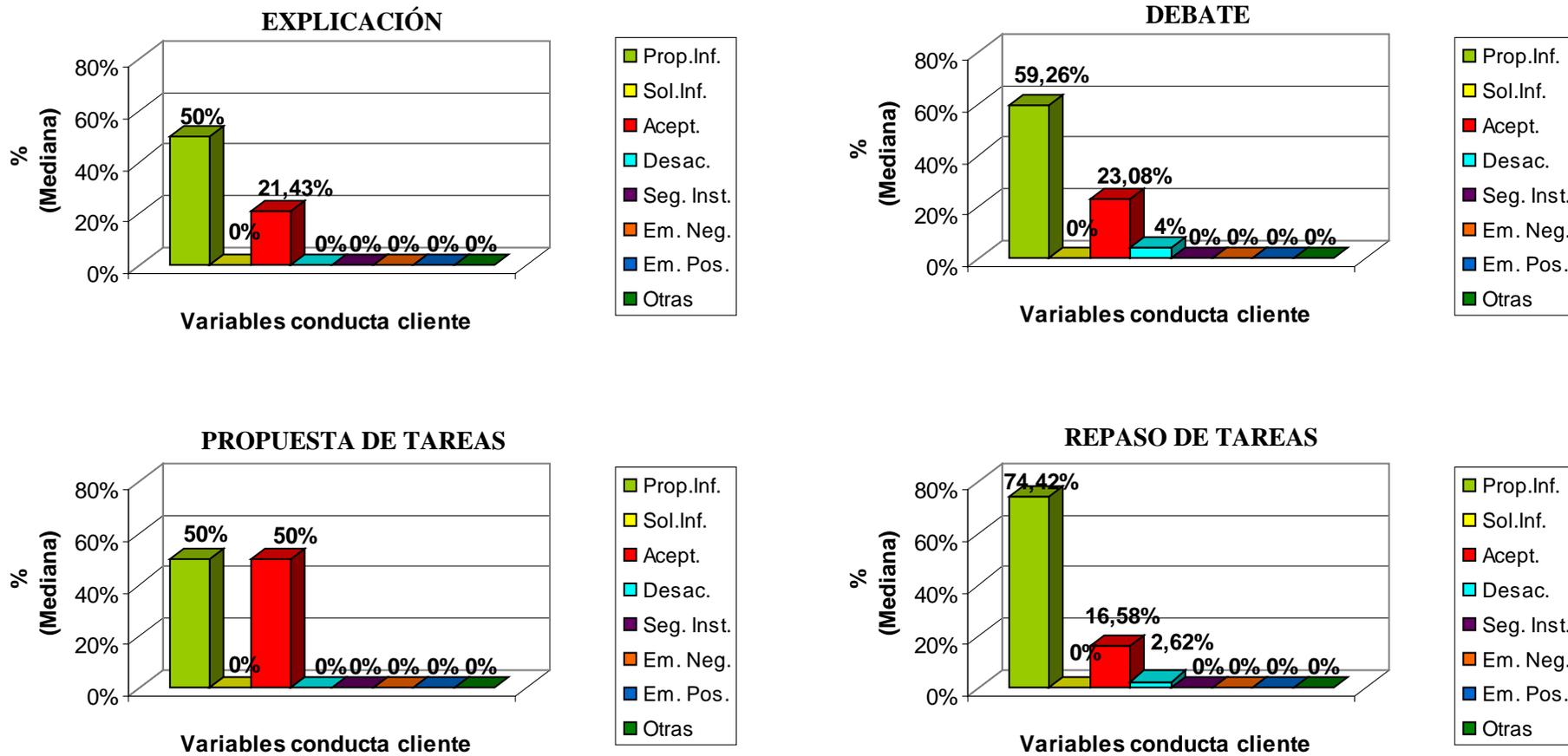
Para comprobar si las diferencias entre grupos en los porcentajes de tiempo y/o ocurrencia de las variables de la conducta verbal del terapeuta y del cliente presentados en el apartado anterior son estadísticamente significativas y, teniendo en cuenta que en algunos grupos las muestras son pequeñas al tiempo que existe una alta desigualdad en el tamaño muestral entre grupos, se aplicaron distintas pruebas no paramétricas para las comparaciones. Concretamente, para el análisis de las diferencias en el conjunto de los grupos se utilizó la prueba  $H$  de Kruskal-Wallis tomando como variable de agrupación el tipo de procedimiento terapéutico de reestructuración y, en función de los resultados obtenidos, para realizar las comparaciones *post hoc* entre cada par de grupos en las variables en las que se encontraron diferencias significativas se empleó la prueba  $U$  de Mann-Whitney acompañada de la corrección de Bonferroni para controlar la tasa de error (la probabilidad de cometer errores de tipo I). Este procedimiento consiste en utilizar un nivel de significación igual a 0,05 dividido por el número de comparaciones que se desean realizar, lo que en este caso nos lleva a tomar en cuenta un nivel de significación de 0,0083. Los resultados obtenidos con la prueba  $H$  de Kruskal-Wallis para las variables del terapeuta y del cliente se

Figura VI.2. Distribución de los porcentajes de ocurrencia de las categorías de la conducta verbal del terapeuta por grupos.<sup>20</sup>



<sup>20</sup> Nótese que la suma de porcentajes raramente podría ser 100 debido a que los datos corresponden a las medianas (y no a las medias) de los porcentajes de ocurrencia.

Figura VI.3. Distribución de los porcentajes de ocurrencia de las categorías de la conducta verbal del cliente por grupos.<sup>21</sup>



<sup>21</sup> Nótese que la suma de porcentajes raramente podría ser 100 debido a que los datos corresponden a las medianas (y no a las medias) de los porcentajes de ocurrencia.

presentan en la tabla VI.5, mientras que los resultados de la prueba *U* de Mann-Whitney (en su valor tipificado) para todas las comparaciones entre grupos se recogen en la tabla VI.6.

Como se muestra en la tabla VI.5 existen diferencias entre los grupos en muchas de las variables de la conducta verbal del terapeuta y, sin embargo, sólo se dan diferencias significativas en dos variables del cliente (*proporcionar información* y *mostrar desacuerdo*). En cuanto al terapeuta, se encontraron diferencias significativas entre grupos en los porcentajes de ocurrencia de las *funciones de refuerzo total, de castigo total, de preparación total*, en la *función instruccional* y en la variable *otras*. También se mostraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de tiempo de las variables correspondientes a categorías estado, esto es, la *función de preparación informativa*, la *función de preparación motivadora* y la *función instruccional*. Con respecto a las variables de agrupación, en el caso de la *función discriminativa* no se encontraron diferencias significativas entre grupos en la variable total pero sí en las *funciones discriminativa sin indicar* o *indicando la dirección deseada de la respuesta* y en la *función discriminativa conversacional*. En relación con las *funciones de refuerzo y de castigo*, además de en las variables totales, los grupos se diferencian en el porcentaje de utilización del *refuerzo bajo, medio* o *conversacional* por parte del terapeuta y en el uso del *castigo bajo*. En el caso de la *función de preparación* se encuentran diferencias significativas tanto en la *función de preparación informativa*, como en la *motivadora*, así como en la *función de preparación total*. Si comparamos los grupos por pares, encontramos que hay dos parejas que se diferencian muy poco en las variables de la conducta verbal del terapeuta: grupo de *explicación*-grupo de *propuesta de tareas para casa* y grupo de *debate*-grupo de *repaso de tareas* (ver tabla VI.6). Por otra parte, en los otros cuatro pares de comparaciones entre grupos de procedimientos terapéuticos se encontraron diferencias en un mayor número de variables de la conducta del terapeuta, tal como se analizará con detalle en el siguiente apartado. Las diferencias entre grupos en la conducta verbal del cliente fueron menores y se redujeron a diferencias estadísticamente significativas en

**Tabla VI.5. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada variable del terapeuta y del cliente aplicando la prueba H de Kruskal-Wallis.**

<i>Variables</i>	<i>Prueba de Kruskal-Wallis</i>	
	$X_3^{2a}$	<i>P</i>
<i>Variables de la conducta verbal del terapeuta</i>	F. discriminativa SI	16,19 0,001**
	F. discriminativa I	16,20 0,001**
	F. discriminativa conversacional	18,32 0,000**
	F. discriminativa fallida	5,71 0,126
	F. discriminativa “otras”	0,00 1,000
	F. discriminativa total	2,62 0,454
	F. evocadora	1,45 0,695
	F. de refuerzo bajo	8,51 0,037*
	F. de refuerzo medio	9,41 0,024*
	F. de refuerzo alto	3,57 0,312
	F. de refuerzo conversacional	14,07 0,003**
	F. de refuerzo total	18,03 0,000**
	F. de castigo bajo	10,20 0,017*
	F. de castigo medio	7,74 0,052
	F. de castigo alto	5,05 0,168
	F. de castigo total	17,58 0,001**
	F. de prep. del discriminativo	3,49 0,323
	F. de prep. informativa (O)	11,07 0,011*
	F. de prep. motivadora (O)	15,05 0,002**
	F. de prep. Total	28,08 0,000**
	F. instruccional (O)	23,78 0,000**
	Otras	19,08 0,000**
	F. de prep. informativa (T)	12,94 0,005**
	F. de prep. motivadora (T)	11,77 0,008**
	F. instruccional (T)	23,39 0,000**
<i>Variables de la conducta verbal del cliente</i>	Proporcionar información	15,59 0,001**
	Solicitar información	0,50 0,919
	Mostrar aceptación	7,37 0,061
	Mostrar desacuerdo	10,74 0,013*
	Seguir instrucciones	4,28 0,233
	Verb. de emociones negativas	4,61 0,203
	Verb. de emociones positivas	3,69 0,297
Otras	2,48 0,478	

F.= función; SI= sin indicar la dirección deseada de la respuesta; I= indicando la dirección deseada de la respuesta; Prep.= preparación; O= proporción de ocurrencia; T= proporción de tiempo; Verb.= verbalización.

<sup>a</sup> El estadístico H se distribuye según el modelo de probabilidad *chi-cuadrado*, por lo que el programa SPSS ofrece directamente el valor del estadístico  $X^2$ , en este caso con tres grados de libertad.

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha= 0,05/$  \*\* Significativo tomando en consideración  $\alpha= 0,01$ .

**Tabla VI.6. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada variable del terapeuta y del cliente aplicando la prueba U de Mann-Whitney.**

	<i>Comparaciones entre grupos</i>											
	<i>Expl. - Debate</i>		<i>Expl. - Prop. T.<sup>a</sup></i>		<i>Expl. - Rep. T.<sup>a</sup></i>		<i>Debate - Prop. T</i>		<i>Deb.-Rep. T</i>		<i>Prop. T. - Rep. T<sup>a</sup></i>	
	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>P</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<b><i>Variables del terapeuta:</i></b>												
F. discriminativa SI	-2,54	0,011	-1,50	0,174	-2,98	0,003*	-2,77	0,006*	-1,00	0,317	-3,26	0,001*
F. discriminativa I	-2,65	0,008*	-0,11	0,965	-3,89	0,003*	-1,77	0,077	-1,93	0,053	-2,96	0,009
F. discriminativa conv.	-3,35	0,001*	-0,50	0,632	-1,79	0,076	-3,03	0,002*	-0,20	0,841	-2,36	0,016
F. de refuerzo bajo	-2,48	0,013	-0,14	0,919	-1,76	0,150	-1,65	0,098	-0,01	0,995	-1,57	0,177
F. de refuerzo medio	-0,82	0,411	-1,92	0,116	-2,01	0,064	-2,41	0,016	-1,43	0,151	-2,96	0,009
F. de refuerzo conv.	-1,10	0,273	-0,82	0,459	-3,22	0,001*	-1,67	0,095	-2,91	0,004*	-3,61	0,000*
F. de refuerzo total	-1,80	0,071	-1,50	0,156	-3,06	0,001*	-2,96	0,003*	-2,31	0,021	-3,61	0,000*
F. de castigo bajo	-2,47	0,014	-0,62	0,717	-1,58	0,250	-2,18	0,029	-0,35	0,724	-1,81	0,177
F. de castigo total	-3,31	0,001*	-1,25	0,359	-0,80	0,515	-2,83	0,005*	-1,06	0,290	-1,70	0,206
F. de prep. informativa (O)	-2,39	0,017	-0,28	0,783	-3,12	0,001*	-1,04	0,300	-1,70	0,089	-2,27	0,020
F. de prep. motivadora (O)	-3,76	0,000*	-1,48	0,147	-2,36	0,019	-0,75	0,451	-0,24	0,812	-0,79	0,492
F. de prep. total	-4,43	0,000*	-2,14	0,031	-4,08	0,000*	-1,30	0,193	-2,14	0,032	-2,65	0,007*
F. instruccional (O)	-1,69	0,092	-3,61	0,000*	-1,59	0,121	-4,53	0,000*	-0,53	0,599	-3,39	0,000*
Otras	-2,49	0,013	-0,87	0,459	-3,64	0,000*	-2,37	0,018	-2,43	0,015	-3,35	0,001*
F. de prep. informativa (T)	-2,80	0,005*	-1,88	0,061	-2,90	0,003*	-0,29	0,773	-1,93	0,054	-1,24	0,238
F. de prep. motivadora (T)	-3,26	0,001*	-0,67	0,513	-2,17	0,031	-1,12	0,262	-0,19	0,851	-0,96	0,395
F. instruccional (T)	-1,90	0,058	-3,16	0,001*	-1,51	0,140	-4,50	0,000*	-0,48	0,632	-3,39	0,000*
<b><i>Variables del cliente:</i></b>												
Proporcionar información	-1,76	0,079	-0,65	0,532	-3,46	0,000*	-1,71	0,088	-2,97	0,003*	-2,90	0,003*
Mostrar desacuerdo	-1,96	0,050	-1,49	0,249	-1,04	0,368	-2,71	0,007*	-0,81	0,420	-2,48	0,033

Expl.= grupo de explicación; Prop. T.= grupo de propuesta de tareas para casa; Rep. T.= grupo de repaso de tareas para casa; F.= función; SI= sin indicar la dirección deseada de la respuesta; I= indicando la dirección deseada de la respuesta; Conv.= conversacional; Prep.= preparación; O= proporción de ocurrencia; T= proporción de tiempo.

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,0083$ .

<sup>a</sup> En estos casos, puesto que el tamaño muestral de ambos grupos es  $\leq 30$ , se consideró la significación bilateral exacta en lugar de la significación bilateral asintótica.

una variable específica en cuatro de las comparaciones por pares (grupo de *explicación*-grupo de *repaso de tareas para casa*, grupo de *debate*-grupo de *propuesta de tareas para casa*, grupo de *debate*-grupo de *repaso de tareas para casa*, grupo de *propuesta*-grupo de *repaso de tareas para casa*).

#### 4. DISCUSIÓN.

En este segundo estudio se ha presentado una primera aproximación al análisis del proceso terapéutico durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. Para ello se comenzó tratando de extraer conclusiones sobre los tipos de procedimientos clínicos que los terapeutas de conducta participantes ponen en marcha al utilizar esta técnica. A partir de los resultados obtenidos se pueden señalar cuatro componentes o procedimientos terapéuticos principales en la reestructuración cognitiva, que se sitúan en la línea de la propuesta de Bados (1996): *explicación*, *debate*, *propuesta de tareas para casa* y *repaso de tareas para casa*. Atendiendo a los porcentajes de ocurrencia de estos procedimientos, se puede afirmar que en la muestra estudiada el psicólogo mayoritariamente debate en sesión con el cliente las verbalizaciones desadaptativas de éste o lo entrena en el uso del debate consigo mismo, lo cual se corresponde con el papel fundamental que en los distintos textos sobre reestructuración cognitiva se da al procedimiento de debate, como ya se indicó en el capítulo II. Más allá del debate, el terapeuta también dedica una parte importante del tiempo de sesión a informar sobre la técnica, sobre la influencia de los pensamientos en otros tipos de conductas o a explicar por qué ciertos pensamientos se consideran desadaptativos o irracionales. Otro procedimiento que tiene lugar con menor frecuencia pero que también forma parte de la reestructuración cognitiva es la propuesta de tareas y pautas de actuación para que el cliente realice fuera de sesión, que complementarían el trabajo llevado a cabo en el contexto clínico y, por último según el porcentaje de aparición, se encuentra el repaso que se hace en sesión de estas actividades que el cliente

realizó fuera de ella. Estos dos últimos componentes han quedado reflejados en este estudio con un porcentaje menor del que realmente tuvo lugar en la práctica y esto se puede explicar por el procedimiento que se siguió para la clasificación de los distintos componentes (anexo V): a pesar de que en muchos fragmentos de debate el terapeuta intercala momentos que podríamos denominar de “diálogo socrático” con otros momentos en los que propone pautas de actuación o revisa si el cliente puso en práctica las propuestas hechas en sesiones anteriores, debido a la dificultad para separar estos momentos del “diálogo socrático” y, partiendo de la predominancia de éste sobre los otros dos tipos de procedimientos, se clasificaron todos estos fragmentos como *debate*, dejando las categorías *propuesta de tareas para casa* y *repaso de tareas para casa* para cuando estas actividades se daban de manera perfectamente diferenciada del debate. Por lo tanto, el análisis realizado en este estudio sobre las tareas y pautas de actuación para realizar fuera de sesión ha de complementarse con el del próximo capítulo, en el que se estudiará con detalle el procedimiento de debate.

Este segundo estudio también ha permitido analizar la distribución de las variables del comportamiento del terapeuta y del cliente y, tal como se esperaba, se han encontrado diferencias según el tipo de procedimiento. En el caso de las variables referidas a la conducta verbal del psicólogo, aunque en general resulta más ilustrativo atender a las variables agrupadas que a las no agrupadas para tener una idea de la distribución de su comportamiento, hemos querido incluir también, en su caso, la información sobre éstas últimas porque en algunas comparaciones pueden ayudar a comprender ciertos aspectos, como veremos. Centrándonos en primer lugar en el total de la muestra, se puede concluir tras la observación, registro y codificación de la conducta verbal del terapeuta que éste fundamentalmente se centra durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva en dar información técnica o clínica al cliente y en dirigir el cambio mediante preguntas u otros tipos de enunciados que buscan la respuesta del cliente a los mismos, también muestra con bastante frecuencia su aprobación ante determinadas verbalizaciones del cliente y le da pautas de actuación para fomentar la aparición de ciertas conductas dentro y, sobre todo,

fuera del contexto clínico. En algunas, aunque pocas, de sus intervenciones trata de motivar el cambio o emite verbalizaciones categorizadas como *otras* (en las que no estaría bien definida su posible función) y, todavía en una proporción más pequeña de sus intervenciones, el terapeuta muestra desaprobación ante una conducta del cliente o presenta verbalizaciones que dan lugar a una respuesta emocional en éste.

Si analizamos en un nivel descriptivo cada tipo de procedimiento terapéutico de manera independiente seguimos encontrando una clara predominancia de las dos funciones principales que señalábamos en la muestra total, la *función de preparación informativa* y la *función discriminativa*, aunque el peso de éstas se reparte con algunas variaciones en cada tipo de procedimiento y se complementa con un diferente porcentaje de las demás funciones. En el caso del procedimiento de *explicación* destaca que el terapeuta, además de dar información técnica o clínica al cliente, emite más verbalizaciones que tratan de motivar el cambio clínico y dedica una mayor cantidad de tiempo a ello en sesión, mientras que muestra menos veces su aprobación ante conductas del cliente, lo que tiene sentido si tenemos en cuenta que en este tipo de componente de reestructuración más “didáctico” el cliente intervendría menos que en otros. En el componente de *debate* se podría destacar que el terapeuta muestra su desacuerdo con conductas previas del cliente en un porcentaje algo mayor que en el resto de actividades, lo cual también parece lógico si consideramos que por medio de este procedimiento terapéutico trata de modificar las verbalizaciones desadaptativas de la persona que acude a consulta. En el procedimiento de *propuesta de tareas para casa* destaca el peso de la *función instruccional*, lo que indica que en este componente el terapeuta fundamentalmente propone al cliente pautas de actuación para realizar en el periodo entre sesiones y lo acompaña de información para justificar las tareas, así como de preguntas sobre su comprensión o acuerdo con las propuestas, lo que explicaría que durante este tiempo la aprobación ante conductas del cliente sea notablemente baja. El procedimiento terapéutico de *repaso de tareas para casa* justamente se caracteriza por lo contrario con respecto a la *función de refuerzo*: durante esta

actividad clínica el terapeuta muestra en gran medida su aprobación ante conductas del cliente mientras seguramente éste se dedica a informar al terapeuta sobre las tareas que realizó durante el periodo entre sesiones, lo que explicaría el alto porcentaje de la variable *proporcionar información* en el caso del cliente en este procedimiento, que constituye uno de los datos más destacables en cuanto a la conducta verbal de éste.

Como ya se mencionó durante la exposición de los resultados, la conducta verbal del cliente se agrupa en el conjunto de la muestra fundamentalmente en tres categorías, en concreto, éste se dedica durante la reestructuración a responder al terapeuta proporcionando información sobre los aspectos que se tratan en cada sesión y a mostrar su aceptación ante las verbalizaciones del psicólogo, aunque en menor medida también muestra su desacuerdo con algunos aspectos. Las demás variables del comportamiento verbal del cliente se registraron con una frecuencia muy baja, con lo cual según esta codificación la persona que acude a consulta dedica una pequeña parte de sus intervenciones en las sesiones de reestructuración cognitiva a expresar emociones negativas y positivas, a solicitar información al terapeuta para que éste le aclare los aspectos demandados o a seguir las instrucciones propuestas por el psicólogo en sesión.

Teniendo en cuenta el análisis descriptivo del comportamiento del psicólogo y del cliente en las distintas actividades terapéuticas estudiadas, también tienen un claro sentido clínico las diferencias estadísticamente significativas halladas en las comparaciones entre pares de procedimientos. Comenzando por el comportamiento verbal del terapeuta, mencionábamos que había dos comparaciones por pares con escasas diferencias entre los grupos y éste es el caso de la pareja grupo de *explicación*-grupo de *propuesta de tareas para casa*, que sólo muestra diferencias significativas en el peso de la *función instruccional*, que lógicamente es mayor en el segundo grupo, en el que el terapeuta dedica una amplia parte de su actividad a proponer pautas de actuación para que el cliente realice fuera de consulta, como indica el propio nombre del procedimiento terapéutico. También encontramos que los grupos *repaso de tareas para casa* y *debate* se diferencian solamente en la mayor presencia durante el repaso de tareas

de la *función de refuerzo conversacional*, lo que parece coherente si tenemos en cuenta que durante esta actividad el cliente tiene un papel más “destacado” al explicar al psicólogo las tareas que realizó entre sesiones, un tiempo en el cual éste iría dándole señales de aprobación durante su discurso.

En el resto de comparaciones por grupos en cuanto a la conducta verbal del terapeuta encontramos más diferencias significativas, como es el caso del grupo de *explicación* frente al de *debate*: en este último procedimiento el terapeuta intenta conseguir que el cliente modifique sus verbalizaciones en un sentido concreto, lo que nos ayudaría a entender que haya más intervenciones con *función discriminativa indicando la dirección deseada de la respuesta* y también más con *función de castigo*, seguramente ante verbalizaciones del cliente en la dirección contraria al objetivo perseguido; por su parte, durante el componente de *explicación* el terapeuta dedica mayor cantidad de tiempo a dar información técnica o clínica al cliente y acompaña esto con un mayor número y duración de sus intervenciones destinadas a motivar el cambio clínico, lo cual también nos permitiría comprender que haya más peso de la llamada *función de preparación* en conjunto y, además, la mayor frecuencia de ocurrencia de la *función discriminativa conversacional* probablemente se deba a que el terapeuta va comprobando periódicamente si el cliente sigue su explicación.

Los grupos de *explicación* y *repaso de tareas para casa* se diferencian en que en este segundo caso el psicólogo haría más preguntas de evaluación de diferentes tipos (*indicando y sin indicar la dirección deseada de la respuesta*) al cliente para conocer cómo fue el periodo entre sesiones, al tiempo que mostraría más su aprobación, especialmente mientras éste le explica las tareas realizadas (*función de refuerzo conversacional*) y también se da una mayor ocurrencia de verbalizaciones *otras*, sin una función determinada, seguramente a partir de temas “no clínicos” que puedan surgir al comentar las tareas traídas por el cliente a consulta. En el grupo de *explicación*, sin embargo, hay un mayor peso de la *función de preparación* en general y, específicamente, el terapeuta dedica un mayor número y tiempo de sus intervenciones a informar sobre distintos

aspectos, que en principio tendrían que ver con la técnica, la teoría A-B-C o con algunas verbalizaciones consideradas disfuncionales.

El *debate* y la *propuesta de tareas para casa*, según los datos encontrados, son procedimientos terapéuticos que se diferencian, en cuanto a las variables de la conducta verbal del psicólogo, en que en el primer tipo de actividad éste realiza un mayor número de preguntas (*sin indicar la dirección deseada de la respuesta*) al cliente con el objetivo de que vaya modificando sus verbalizaciones y también muestra más su aprobación o su desacuerdo ante las intervenciones del cliente, probablemente en función de si considera éstas más o menos adaptativas y con el objetivo de dirigir el cambio en la dirección buscada. Por otra parte, en el procedimiento de *propuesta de tareas para casa* tiene más peso otro tipo de *función discriminativa*, la *conversacional*, que probablemente se pueda explicar porque el psicólogo intenta comprobar si el cliente está de acuerdo o comprende las tareas que le acaba de proponer, algo que también hace con mayor frecuencia que en el *debate* pues, aunque en este tipo de componente terapéutico también se den instrucciones al cliente, resulta lógico que se den más pautas en el segundo grupo.

Por último, el grupo de *propuesta de tareas para casa* se diferencia del de *repaso de tareas para casa* en que el psicólogo dedica más tiempo y verbalizaciones en el primer tipo de procedimiento a proponer tareas y pautas de actuación al cliente y acompaña estas instrucciones con un mayor peso de la *función de preparación* con el objetivo de informar y motivar al cliente para que ponga en práctica sus propuestas. En el grupo de *repaso de tareas*, por su parte, el psicólogo evalúa las actividades que el cliente realizó en el periodo entre sesiones, lo cual explicaría la mayor ocurrencia de la *función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta* y, al tiempo o después de que éste le explique las tareas que realizó, mostraría su aprobación ante los logros, por lo que encontramos una mayor proporción de la *función de refuerzo conversacional y total*. Quizás el hecho de que a partir del repaso de tareas para casa puedan surgir temas que no constituyen un objetivo terapéutico explicaría el mayor

porcentaje durante el procedimiento de *repaso de tareas para casa* de la variable *otras*.

Las diferencias obtenidas en la comparación entre grupos con respecto a las variables de la conducta verbal del cliente también tendrían una explicación clínica coherente. Mientras no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de *explicación* y *debate* ni entre la *explicación* y la *propuesta de tareas para casa*, sí las hemos encontrado en el resto de comparaciones. Así, los grupos de *debate* y *propuesta de tareas para casa* se distinguen por el mayor porcentaje de verbalizaciones del cliente categorizadas como *mostrar desacuerdo* en el debate, una actividad en la resulta razonable que éste exprese su desacuerdo ante verbalizaciones alternativas propuestas por el psicólogo, mientras que no suele mostrar desacuerdo con las tareas que el terapeuta le propone para realizar fuera de sesión. Por otra parte, la variable *proporcionar información* es la que permite distinguir los otros tres pares de grupos: *repaso de tareas para casa* frente a *explicación*, *debate* y *propuesta de tareas para casa*. En todos los casos hay mayor peso de la variable *proporcionar información* en el grupo de *repaso de tareas para casa*, lo cual tiene sentido, tal como ya se apuntó anteriormente, puesto que en esta actividad y en comparación con el resto de componentes el cliente fundamentalmente explica al psicólogo las tareas que realizó fuera del contexto clínico. Ante el hecho de que no se hayan obtenido más diferencias significativas entre grupos en las variables del comportamiento verbal del cliente y que sus verbalizaciones fundamentalmente se repartan entre tres categorías podrían darse distintas explicaciones. En un plano teórico, podría argumentarse que las verbalizaciones del cliente en terapia fundamentalmente se reducen a responder a las hipotéticas funciones del comportamiento del psicólogo, sobre todo mostrando aceptación o desacuerdo con lo que éste le plantea y aportando información cuando ésta es solicitada, y esto con independencia del procedimiento terapéutico de reestructuración que se esté poniendo en marcha. Según este planteamiento, comprenderíamos que las verbalizaciones del cliente se categoricen en *proporcionar información* y *mostrar aceptación* y *desacuerdo* básicamente y también entenderíamos que solamente encontremos diferencias

entre aquellos procedimientos en los que el cliente, por las características de la tarea en sí y en relación con las hipotéticas funciones del comportamiento del terapeuta, presenta más porcentaje de alguno de estos comportamientos. Por ejemplo, en el componente *repaso de tareas para casa*, puesto que el terapeuta le pregunta, el cliente explicaría con detalle qué tareas realizó o en el debate, ante propuestas alternativas del terapeuta, el cliente expresaría su desacuerdo, lo cual es más probable que hacerlo en otros procedimientos, como la *propuesta de tareas para casa*. También, desde un punto de vista teórico, tendría sentido que el porcentaje de verbalizaciones categorizadas como *solicitar información* o como *seguir instrucciones* sea muy bajo, puesto que el cliente generalmente hace pocas preguntas en sesión y esto no permitiría a priori diferenciar entre grupos y, en segundo lugar, en la reestructuración cognitiva generalmente se propone al cliente que haga tareas fuera de sesión y no en sesión, excepto en contadas ocasiones, por ejemplo, cuando se entrena el debate, algo que en esta muestra sólo se encontró en tres fragmentos. Sin embargo, creemos que la escasa variación en la distribución de las variables del cliente y la ausencia de diferencias entre grupos tiene también que ver con razones metodológicas, en concreto, con la falta de sensibilidad del sistema de categorías *SISC-INTER-RC* (en concreto, del subsistema para el cliente, *SISC-CVC-RC*) para identificar la *verbalización* por parte del cliente *de emociones negativas y positivas*, que seguramente se han englobado en la categoría más general *proporcionar información* debido a la falta de operativización de los criterios utilizados para diferenciar entre estas categorías. También el pequeño tamaño muestral de dos de los grupos (*propuesta y repaso de tareas para casa*) podría estar afectando a los resultados de las comparaciones entre grupos.

A pesar de que también sería necesario aumentar el tamaño de los grupos más pequeños para un estudio más completo del comportamiento del psicólogo en este tipo de actividades, la distribución de los porcentajes en las variables del terapeuta en los distintos componentes así como las diferencias encontradas entre procedimientos terapéuticos tienen pleno sentido clínico en la mayoría de los casos. No obstante, cabría señalar como difícil de explicar la práctica ausencia de

aparición de la *función evocadora* en el comportamiento del terapeuta al aplicar esta técnica. Seguramente se podrían aportar razones teóricas para explicar este hecho, como que la evocación de emociones en el cliente no es uno de los objetivos principales de la técnica de reestructuración cognitiva, pero ello no implica que la frecuencia de aparición sea tan baja puesto que, si bien no es un objetivo de esta técnica provocar estas emociones en ninguno de sus procedimientos terapéuticos, el hecho de que se traten temas muchas veces difíciles para el cliente nos llevaría a pensar que el comportamiento del terapeuta pudiera tener en cierta medida una función evocadora de reacciones emocionales, como señalaron Martin y Pear (2007/2008). Por tanto, al igual que decíamos en el caso del cliente, creemos que la razón fundamental de la baja probabilidad de ocurrencia de esta categoría tiene que ver con la falta de sensibilidad del sistema *SISC-INTER-RC* (subsistema del terapeuta *SISC-CVT-RC*) para detectarla, que seguramente se pueda explicar en parte atendiendo a una característica metodológica general de este estudio más allá del sistema de categorías utilizado, que es el hecho de que no se pueda ver en las grabaciones el rostro del cliente y por tanto se pierda información muy relevante para identificar sus reacciones emocionales y, por tanto, la función evocadora del terapeuta. Esto también podría ayudar a explicar la falta de sensibilidad del subsistema del cliente para detectar las categorías *verbalización de emociones positivas y negativas*, aludida anteriormente. Por otra parte, también es llamativa la baja frecuencia de aparición de la categoría *función de preparación del discriminativo*, un aspecto que a priori se consideró útil para analizar la conducta verbal del terapeuta durante la aplicación de la reestructuración cognitiva, pero que creemos ha quedado poco representada por la dificultad para diferenciarla de las distintas variantes de la *función discriminativa* e incluso de otra de las funciones de preparación, la *función de preparación informativa*.

Si bien no debemos olvidar las limitaciones señaladas en el uso del sistema de categorización *SISC-INTER-RC* y sería deseable seguir trabajando en la depuración del mismo, probablemente una de las conclusiones que se pueden sacar de este estudio es la confirmación de que este sistema resulta útil en general

para el estudio de la conducta verbal del terapeuta y del cliente en los distintos procedimientos clínicos de la reestructuración cognitiva. Y es que parece que las categorías propuestas cubren el rango de posibles comportamientos de los dos protagonistas de la terapia psicológica cuando se aplica esta técnica y los observadores son capaces de codificarlos con un adecuado nivel de concordancia intra- e inter-jueces, además de que los resultados encontrados tienen significación psicológica tanto en cuanto a la descripción de cada procedimiento terapéutico como en cuanto a las distintas comparaciones entre grupos. En definitiva, se puede afirmar que este segundo estudio presentado ha supuesto no sólo una primera aproximación al análisis del proceso terapéutico en la reestructuración, sino también un primer paso en la validación del instrumento de medida empleado, el sistema de categorización *SISC-INTER-RC*. Se han podido extraer conclusiones sobre los diferentes tipos de procedimientos terapéuticos o componentes que forman parte de la técnica de reestructuración en la muestra analizada y, a pesar de la cautela con que hemos de tomar estos primeros resultados debido al reducido tamaño de algunos de los grupos estudiados, también hemos podido hacernos una primera idea de las características de cada componente terapéutico y de las diferencias entre unos y otros. Sin embargo, todavía falta por abordar el estudio del proceso terapéutico momento a momento para poder identificar los mecanismos de cambio que pueden tener relación con una mayor efectividad en el uso de la técnica, algo que se presenta a continuación en el siguiente estudio, que se centra en el procedimiento terapéutico utilizado más frecuentemente en la reestructuración: el debate.

## **CAPÍTULO VII**

### ***ESTUDIO EMPÍRICO 3: Análisis de la interacción terapeuta-cliente durante la aplicación del procedimiento de debate.***

#### **1. INTRODUCCIÓN.**

En el anterior estudio presentábamos un análisis global de los procedimientos terapéuticos que se aplican en la reestructuración cognitiva e informábamos de la distribución de verbalizaciones del terapeuta y del cliente en cada grupo y de las diferencias entre ellos; en el presente estudio nos proponemos realizar un análisis de la interacción que tiene lugar momento a momento durante la aplicación del procedimiento de debate. Se ha elegido el debate para el estudio de la interacción porque, como ya se expuso en el capítulo II, éste es el componente principal de la técnica de reestructuración cognitiva y, de hecho, en muchas ocasiones se ha identificado este procedimiento terapéutico con la técnica entera, quedando en muchos textos confusa la diferencia entre ambos, incluso en un nivel terminológico. Aquello que se anunció en la parte teórica ha quedado reflejado en el estudio empírico presentado en el capítulo anterior, en el que se ha encontrado que en un 67,97% de los fragmentos de sesiones clínicas analizados el componente de reestructuración que se aplicaba era el debate; en la mayoría de los casos se trataba de un debate propiamente dicho entre terapeuta y cliente y en algunos otros se enseñaba al cliente a debatir sus verbalizaciones consigo mismo, practicando con él en sesión.

Igualmente pudimos conocer qué tipos de categorías de la conducta verbal del terapeuta según el sistema *SISC-INTER-RC* se daban en la muestra analizada al aplicar este procedimiento y encontramos lo siguiente: los psicólogos fundamentalmente tratan de dirigir el cambio mediante preguntas u otros tipos de enunciados que buscan la respuesta del cliente a los mismos (*función*

*discriminativa*), preparan las respuestas del cliente (*función de preparación*), sobre todo dando información (*informativa*) aunque también tratando de motivar el cambio clínico (*motivadora*), muestran su aprobación (*función de refuerzo*) o desacuerdo (*función de castigo*) ante determinadas verbalizaciones del cliente y le dan pautas de actuación para fomentar la aparición de ciertas conductas dentro y, sobre todo, fuera del contexto clínico (*función instruccional*); en muy pocas de sus intervenciones presentan verbalizaciones que dan lugar a una respuesta emocional en éste (*función evocadora*) y en algunas otras no se puede identificar la hipotética función de las mismas (*otras*). Compartimos con Quera (1993) la visión de que un *macro-análisis* como el realizado hasta el momento es una estrategia interesante como punto de partida y complementaria para el estudio de las contingencias conductuales, que sólo se pueden revelar mediante un *micro-análisis* como el que se presenta en este capítulo, en el que principalmente se pretende investigar la relación entre unidades de conducta del terapeuta y entre las unidades de éste con las del cliente para tratar de encontrar regularidades que permitan identificar las secuencias conductuales que podrían definir este procedimiento terapéutico, para lo cual se analizarán las diferencias entre debates con un mayor y menor grado de efectividad. Aunque se atenderá a otros aspectos del desarrollo de los debates, fundamentalmente queremos estudiar la interacción entre terapeuta y cliente para comprobar si se cumple nuestra hipótesis principal: en el debate tiene lugar un moldeamiento de las verbalizaciones del cliente, es decir, se da el reforzamiento sucesivo de aproximaciones a la conducta final deseada y la extinción o el castigo de tales aproximaciones y de cualquier verbalización desadaptativa a medida que se va configurando tal comportamiento.

Para el estudio de lo que ocurre al aplicar la técnica de reestructuración utilizaremos el *análisis secuencial*, que es la forma más común de micro-análisis y, más que ser una técnica única, agrupa un conjunto de pruebas estadísticas cuya finalidad es poner de manifiesto las relaciones secuenciales entre unidades de conducta (Quera, 1993). En este primer estudio de las relaciones conductuales entre díadas hemos decidido seleccionar los fragmentos de debate dirigidos por el

terapeuta más experto de los que han colaborado en esta investigación. De esta manera seguiríamos las directrices de la *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* (APA, 2006), que subraya la necesidad de identificar las habilidades técnicas utilizadas por los clínicos expertos al administrar las distintas intervenciones psicológicas que se han demostrado efectivas como medio para avanzar en el conocimiento de cuál es la mejor manera de ofrecer a los demandantes de ayuda psicológica una intervención que tenga la máxima probabilidad de alcanzar los objetivos de tratamiento. Analizaremos, por tanto, la manera particular en que el terapeuta interactúa con los diferentes clientes agrupando los datos de éstos y sin hacer distinciones entre ellos, partiendo del supuesto de que las relaciones funcionales que pretendemos identificar en este estudio entre la conducta del terapeuta y del cliente se darán independientemente de la problemática que presente este último.

A continuación se presentan las hipótesis de estudio, que se organizan en dos bloques: secuenciales y no secuenciales. Puesto que queremos probar la hipótesis general del moldeamiento, nos planteamos diversas hipótesis secuenciales específicas a las que se añadirán algunas hipótesis secuenciales sobre otros elementos de la interacción complementarios al supuesto moldeamiento. Además, hemos querido incluir el segundo bloque de hipótesis no secuenciales para indagar en otros aspectos del comportamiento del terapeuta al aplicar este procedimiento.

❖ Bloque 1: hipótesis secuenciales

Los fragmentos de debate valorados como *éxito total* en cuanto a su nivel de efectividad se diferenciarán de los menos exitosos (*éxito parcial* y/o *fracaso*) en que con una probabilidad mayor de la esperada por azar tendrán lugar las siguientes secuencias:

- *Hipótesis 1*: Las verbalizaciones del cliente categorizadas como *VAT* irán seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función de refuerzo*.

- *Hipótesis 2:* Las verbalizaciones del cliente categorizadas como *VOT* irán seguidas por verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función de castigo*.
- *Hipótesis 3:* Ocurrirán en estos debates las secuencias de tres términos siguientes:
  - A) Verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función discriminativa indicando o sin indicar la dirección deseada de la respuesta*, seguidas de una conducta del cliente categorizada como *VAT* y, por último, una verbalización del terapeuta categorizada como *función de refuerzo*.
  - B) Verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función discriminativa indicando o sin indicar la dirección deseada de la respuesta*, seguidas de una conducta del cliente categorizada como *VOT* y, por último, una verbalización del terapeuta categorizada como *función de castigo*.
- *Hipótesis 4:* Las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función discriminativa indicando o sin indicar la dirección deseada de la respuesta* irán precedidas de verbalizaciones del mismo categorizadas como *función de preparación (informativa, motivadora o preparación del discriminativo)*.
- *Hipótesis 5:* Las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función de preparación informativa o motivadora* irán seguidas de verbalizaciones del mismo categorizadas como *función discriminativa conversacional*.

- *Hipótesis 6*: Las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función instruccional* irán precedidas o seguidas de otras verbalizaciones categorizadas como *función de preparación informativa o motivadora*.
- *Hipótesis 7*: Las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función instruccional* irán seguidas de verbalizaciones del cliente categorizadas como *VAT*.

❖ Bloque 2: hipótesis no secuenciales

En los fragmentos de debate valorados como *éxito total* en cuanto a su nivel de efectividad ocurrirán los siguientes aspectos, que los diferenciarán de los debates menos exitosos (*éxito parcial y/o fracaso*):

- *Hipótesis 8*: Habrá mayor proporción de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función discriminativa indicando* frente a las categorizadas como *función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta*.
- *Hipótesis 9*: Se darán con menor frecuencia las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función discriminativa fallida y otras*.
- *Hipótesis 10*: Habrá un mayor peso en frecuencia y/o duración de las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función de preparación informativa o motivadora*.
- *Hipótesis 11*: Tendrán un mayor peso en cuanto a frecuencia y/o duración las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función instruccional*.

## 2. MÉTODO.

### 2.1 *Participantes.*

Se analizaron 65 fragmentos de grabaciones de sesiones clínicas en los que se aplicaba el procedimiento terapéutico de debate por parte de una misma psicóloga de orientación conductual (la terapeuta 1 de los estudios 1 y 2) con una experiencia profesional de 16 años y que desarrollaba su labor clínica en el *Instituto Terapéutico de Madrid*. Estos fragmentos de debate formaban parte del desarrollo de 39 sesiones de 7 casos clínicos diferentes. En todos los casos las personas demandantes de ayuda psicológica eran adultos y recibieron terapia individual. En la tabla VII.1 se indican las características de los fragmentos de debate, junto con los principales datos relativos a los clientes participantes<sup>22</sup>. En este estudio los 65 fragmentos analizados corresponden a momentos en los que el terapeuta debate con el cliente en sesión o bien repasa algunas ideas debatidas previamente con él matizando algunos aspectos, pero en ningún caso se analizaron fragmentos de entrenamiento del debate.

Tal como se indicó en los anteriores estudios, en todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los clientes y los psicólogos para proceder a la grabación y posterior observación y análisis de las sesiones y se intentó garantizar al máximo el derecho a la confidencialidad de los clientes, dirigiendo las cámaras exclusivamente al psicólogo.

### 2.2 *Materiales.*

Los fragmentos de debate fueron observados, registrados y codificados utilizando el programa informático *The Observer XT* de © Noldus Information Technology en su versión 6.0, a partir del cual se obtuvieron los datos secuenciales de las categorías registradas, así como sus frecuencias totales y duraciones. La codificación del comportamiento verbal del terapeuta y del cliente

---

<sup>22</sup> Estos fragmentos coinciden casi por completo con el conjunto de debates correspondientes a la terapeuta 1 que fueron recogidos en la tabla VI.1, con la excepción del fragmento del caso 5, considerado completamente atípico, y de dos fragmentos del caso 2, correspondientes a sesiones de entrenamiento del debate en sesión, un tipo de actividad en el que no queda claro cuál es el objetivo de debate perseguido por el terapeuta en cada momento y, por tanto, no es posible la categorización con el sistema *SISC-COT*.

**Tabla VII.1. Características de los fragmentos de debate y de los clientes.**

<i>Características del fragmento</i>		<i>Características del cliente</i>		
<i>Caso<sup>a</sup></i>	<i>Número de fragmentos (duración total)</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Problema</i>
1	13 (1h 31' 30'')	M	29	Bajo estado de ánimo
2	3 (1h 17' 09'')	M	30	Problemas de pareja
3	11 (0h 32' 30'')	M	32	Problemas de pareja
4	27 (2h 19' 22'')	M	34	Bajo estado de ánimo
20	9 (0h 30' 11'')	M	30	Problemas de pareja
21	1 (0h 01' 23'')	H	33	Bajo estado de ánimo
22	1 (0h 02' 00'')	M	29	Problema de pareja

M= mujer; H= hombre. / <sup>a</sup> Los números asignados a los casos coinciden con los presentados en el estudio 2.

se realizó inicialmente según el sistema de categorías *SISC-INTER-RC* y después se aplicó el sistema *SISC-COT* para la codificación de las verbalizaciones del cliente según su grado de aproximación a los objetivos terapéuticos perseguidos por el psicólogo. La escala de apreciación *EVED-RC* se empleó para asignar a cada fragmento de debate una categoría en función del nivel de efectividad del mismo, lo cual se anotó haciendo uso de un registro de papel y lápiz.

Para el cálculo del acuerdo intra- e inter-observadores se utilizaron los programas *The Observer XT* en su versión 7.0 y *SPSS* en su versión 15.0 y éste último también fue empleado para realizar las comparaciones entre grupos del bloque 2 de hipótesis. Las pruebas estadísticas de análisis secuencial fueron realizadas con la versión 4.5 (actualización del año 2008) del programa *Generalized Sequential Quierier* para Windows (*GSW*), un programa informático para analizar patrones secuenciales de conducta desarrollado por Bakeman y Quera (1995). La transformación de datos obtenidos con *The Observer XT* para poder ser utilizados con *GSW* fue llevada a cabo con el programa *ObsTxtSds*, versión 2.0 (actualización del año 2008), de los anteriores autores, que transforma los datos a lenguaje *SDIS* (*Sequential Data Interchange Standard* o *Norma para el intercambio de datos secuenciales*).

Tal como se precisó en los estudios previos, las grabaciones de las sesiones clínicas fueron realizadas por medio de un circuito cerrado dispuesto en el centro colaborador compuesto por cámaras semi-ocultas situadas en las esquinas de los despachos donde se llevaban a cabo las sesiones clínicas.

### 2.3 Variables.

Las variables que se analizaron en este estudio fueron las siguientes:

- Conducta verbal del psicólogo: para el contraste del bloque 1 de hipótesis, es decir, para el análisis de las secuencias de comportamiento que tienen lugar en cada momento del desarrollo de los debates, se consideró la conducta verbal del psicólogo como una variable nominal de la que el observador seleccionará en cada momento cuál de los posibles niveles tiene lugar. Los niveles de la variable se corresponden con las categorías para la conducta verbal del psicólogo según el sistema *SISC-INTER-RC* (subsistema *SISC-CVT-RC*), que se listan a continuación:
  - *Función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta*
  - *Función discriminativa indicando la dirección deseada de la respuesta*
  - *Función discriminativa conversacional*
  - *Función discriminativa fallida*
  - *Función discriminativa “otras”*
  - *Función evocadora*
  - *Función de refuerzo conversacional*
  - *Función de refuerzo bajo*
  - *Función de refuerzo medio*
  - *Función de refuerzo alto*
  - *Función de castigo bajo*
  - *Función de castigo medio*
  - *Función de castigo alto*

- *Función de preparación del discriminativo*
- *Función de preparación informativa*
- *Función de preparación motivadora*
- *Función instruccional*
- *Otras*

En el caso del contraste de hipótesis del bloque 2, en el que se compararán las proporciones de ocurrencia y, en su caso, de tiempo de las categorías de la conducta verbal del terapeuta en los distintos grupos de debates formados según la efectividad de los mismos, se crearon 18 variables cuantitativas que expresaban la proporción de ocurrencia de cada categoría y tres variables que expresaban la proporción de tiempo de cada categoría estado con respecto a la duración total del fragmento analizado, tal como se explicó en el estudio 2.

- Aproximación de cada verbalización del cliente a los objetivos terapéuticos (variable nominal): los niveles de esta variable coinciden con las categorías del sistema *SISC-COT*, que se recuerdan a continuación:
  - *Verbalizaciones de Aproximación al objetivo Terapéutico del debate (VAT)*
  - *Verbalizaciones Opuestas al objetivo Terapéutico del debate (VOT)*
  - *Verbalizaciones Intermedias con respecto al objetivo Terapéutico del debate (VIT)*
  - *Verbalizaciones no categorizables en cuanto a si se aproximan o no a los objetivos perseguidos por el terapeuta durante el debate (No categorizable)*
- Efectividad del fragmento de debate (variable ordinal): se valoró el grado de efectividad conseguido por el terapeuta al terminar cada debate

según los tres posibles niveles contemplados en la escala de apreciación *EVED-RC*:

- *Fracaso*
- *Éxito parcial*
- *Éxito total*

#### **2.4 Procedimiento.**

Los pasos seguidos para la obtención de la colaboración del centro de Psicología y del consentimiento de los clientes, así como para la grabación y transformación de las sesiones y para la identificación de los fragmentos de debate fueron en este caso los mismos que para el estudio 2.

Una vez seleccionada la muestra, un observador experto en terapia de conducta y entrenado en el uso de los diferentes instrumentos de medida (el observador 1 de los anteriores estudios empíricos) observó, registró y codificó en primer lugar la conducta verbal del terapeuta y del cliente en todos los fragmentos de debate según el sistema *SISC-INTER-RC*. Partiendo de la base de estos registros volvió a observar las sesiones, identificando el objetivo terapéutico perseguido por el psicólogo en cada momento del debate y en función de ello asignando a cada verbalización del cliente una categoría según el sistema *SISC-COT*. A partir de los datos resultantes de estos registros en los que se combinan las categorías del sistema *SISC-INTER-RC* para el terapeuta y las del sistema *SISC-COT* para el cliente se realizaron los análisis que se mostrarán más adelante. Por último, el mismo observador, basándose en la codificación según el sistema *SISC-COT* del conjunto de conductas del cliente para cada debate, asignó una categoría de valoración de la efectividad del mismo según la escala *EVED-RC*.

Para garantizar el mantenimiento de los niveles que se alcanzaron al finalizar el proceso de desarrollo de los instrumentos de medida se calculó de forma periódica la concordancia inter- e intra-juez siguiendo el mismo procedimiento que se explicó en el estudio 2, con la diferencia de que para algunas de las comparaciones entre jueces participaron en este caso los

observadores 1 y 5. Además, para los instrumentos *SISC-COT* y *EVED-RC* se realizaron las comparaciones entre un mismo observador y entre distintos observadores cada 10 registros puesto que seguir la regla del 10% de la muestra, tal como se hizo en el anterior estudio, hubiese supuesto en éste, al tener un tamaño muestral más reducido, realizar comparaciones cada pocos registros, lo cual podría dar lugar en el observador 1 a un incremento artificial de los índices de concordancia intra-juez debido al recuerdo del registro previo. También para evitar el efecto del recuerdo, se decidió utilizar diferentes fragmentos de debate para valorar la efectividad de los mismos con la escala *EVED-RC* en las comparaciones entre un mismo observador y distintos observadores.

Los valores de los índices de concordancia para el caso de la subescala para la conducta verbal del terapeuta *SISC-CVT-RC* ya se expusieron en el estudio 2. En cuanto a la escala de apreciación *EVED-RC*, el resultado de la categorización en las seis comparaciones realizadas por los observadores se utilizó para calcular con el programa *SPSS* el coeficiente de correlación intraclass de Berk (CCI) asumiendo el modelo paralelo y un acuerdo absoluto. Esto resultó en un valor de 0,95 para la concordancia inter-juez y de 1,00 en el caso de la concordancia intra-juez, en ambos casos valores óptimos que permitieron mantener los registros realizados. En la tabla VII.2 se recogen las valoraciones de la efectividad realizadas por los observadores 1 y 5 en las 6 comparaciones y el valor de CCI en cada caso. Los datos del porcentaje de acuerdo (PA) y del coeficiente Kappa de Cohen ( $k$ ) para cada una de las comparaciones intra e inter-observadores (observador 1 y 5) para el sistema de categorías *SISC-COT* se presentan en la tabla VII.3 y fueron calculados con el programa *The Observer XT* considerando una ventana de tolerancia de 2 segundos. Como se puede apreciar, los valores de Kappa siempre superaron el valor mínimo de 0,50 establecido para mantener los registros excepto en una de las comparaciones inter-jueces, tras la cual se analizaron las posibles causas de los desacuerdos para prevenir posibles errores en los siguientes registros. Los demás valores de Kappa en las comparaciones entre los observadores 1 y 5 oscilaron entre 0,51 y 0,79 (63%-86% de porcentaje de acuerdos) y, en el caso de las comparaciones entre el observador 1 en distintos

momentos los valores se encontraban entre 0,62 y 1,00 (74%-100% de porcentaje de acuerdos); en todos los casos se rechazó la hipótesis de que los acuerdos se debían al azar con un nivel de confianza de 0,99.

**Tabla VII.2. Niveles de concordancia intra- e inter-observadores con la escala EVED-RC.**

Comparación	Fragmento	Comparaciones inter-observadores		Fragmento	Comparaciones intra-observador	
		Efectividad asignada (Ob. 1)	Efectividad asignada (Ob. 5)		Efectividad asignada (Ob. 1)	Efectividad asignada (Ob. 1)
1	Caso 2, S5 (17' 55'')	ET	ET	Caso 4, S17 (03' 10'')	EP	EP
2	Caso 4, S57 (03' 16'')	EP	EP	Caso 1, S6 (13' 33'')	ET	ET
3	Caso 3, S9 (01' 10'')	F	F	Caso 20, S9 (01' 26'')	EP	EP
4	Caso 20, S9 (01' 26'')	EP	F	Caso 20, S6 (02' 41'')	ET	ET
5	Caso 20, S7 (05' 05'')	ET	ET	Caso 20, S8 (01' 37'')	ET	ET
6	Caso 1, S9 (23' 35'')	ET	ET	Caso 3, S6 (00' 24'')	ET	ET
CCI = 0,95, $p = 0,003$				CCI = 1,00 *		

S= sesión; Ob.= observador; ET= éxito total; EP= éxito parcial; F= fracaso.

\* Debido a que el determinante de la matriz de covarianzas es 0, SPSS no calcula el valor crítico del estadístico ( $p$ ).

**Tabla VII.3. Niveles de concordancia intra- e inter-observadores con el sistema SISC-COT.**

Comparación	Fragmento	Concordancia inter-observadores (Ob. 1 y Ob. 5)		Concordancia intra-observador (Ob. 1)	
		PA	K	PA	k
1	Caso 4, S33 (10' 07'')	85%	$k = 0,79, p = 0,00$	95%	$k = 0,93, p = 0,00$
2	Caso 4, S59 (09' 49'')	86%	$k = 0,79, p = 0,00$	74%	$k = 0,62, p = 0,00$
3	Caso 3, S7 (09' 56'')	78%	$k = 0,67, p = 0,00$	90%	$k = 0,85, p = 0,00$
4	Caso 3, S10 (06' 18'')	63%	$k = 0,51, p = 0,00$	96%	$k = 0,94, p = 0,00$
5	Caso 1, S5 (12' 51'')	80%	$k = 0,74, p = 0,00$	80%	$k = 0,72, p = 0,00$
6	Caso 1, S6 (13' 33'')	60%	$k = 0,48, p = 0,00$	100%	$k = 1,00, p = 0,00$

S= sesión; Ob.= observador.

### 3. RESULTADOS.

A partir de la valoración de la efectividad de cada fragmento de sesión observado según la escala *EVED-RC* se encontraron 39 debates clasificados como *éxito total*, 21 como *éxito parcial* y 5 como *fracaso*. Los resultados de este estudio se presentarán comparando estos tres grupos para cada una de las hipótesis. Concretamente, se comenzará por el contraste de hipótesis del bloque 1 mediante la utilización de las técnicas de análisis secuencial según el enfoque *log-linear* (véase Bakeman, Adamson y Strisik, 1995; Bakeman y Gottman, 1986/1989, 1997; Quera, 1993) para estudiar si, considerando conjuntamente los datos de los distintos debates de cada grupo de efectividad, en cada uno de los grupos se dan las secuencias conductuales de dos o tres términos hipotetizadas. Aunque el análisis secuencial también ofrece la posibilidad de saber cuánto tiempo antes o después de determinadas conductas ocurren otras y en los registros realizados contamos con dicha información, prescindiremos de los datos de tiempo para centrarnos únicamente en el análisis de las secuencias de conducta puesto que nuestro interés principal es saber qué ocurre después o antes de qué otra conducta y no cuánto tiempo antes o después tiene lugar. Más adelante se compararán las diferencias entre grupos en las proporciones de tiempo y/o de ocurrencia de las variables de la conducta verbal del terapeuta para el contraste del bloque 2 de hipótesis no secuenciales mediante pruebas no paramétricas para muestras independientes.

#### 3.1 *Análisis secuencial del comportamiento del terapeuta y del cliente.*

La pregunta general que se puede contestar con el análisis secuencial es si existe relación entre comportamientos adyacentes o casi adyacentes. Un concepto clave para los cálculos que se realizarán es el de *probabilidad de transición de retardo  $r$  entre dos conductas*, que se define como la probabilidad de que habiendo ocurrido una cierta conducta en la secuencia (conducta *dada*), se dé otra cierta conducta (conducta *condicionada*)  $r$  eventos antes o después (retardo negativo o positivo). También se pueden estudiar probabilidades de transición de

orden superior a 1 llamadas *probabilidades de transición múltiple*, en las que se estudian cadenas de conductas más largas. Para contestar a las preguntas formuladas se organizan los datos secuenciales en *tablas o matrices de frecuencias de transición* en las que las filas representan las conductas dadas, las columnas las condicionadas y, basándose en ellas, las pruebas estadísticas nos informan de la significación de la diferencia encontrada entre las frecuencias observadas y las esperadas. Para estudiar la asociación entre pares concretos de categorías se calcularán aquí los *residuos ajustados* ( $z$ ), que son un índice normalizado de la medida en que los valores de las frecuencias observadas en cada celda de la matriz se desvían de sus valores esperados: un valor mayor de 1,96 indica que ese comportamiento ocurre significativamente más de lo esperado y, por el contrario, un valor menor de -1,96 implica que ocurre significativamente menos de lo esperado por azar al nivel 0,05. Puesto que los valores de los residuos ajustados dependen en cierta medida del tamaño muestral y en este caso se trabaja con muestras diferentes, se presentará también el estadístico *Q de Yule*, que se calcula para cada tabla 2x2 e informa la fuerza de una asociación de manera similar al coeficiente de correlación, tomando valores entre -1 y +1 (Bakeman y Quera, 1995).

Antes de analizar las relaciones concretas planteadas en las hipótesis de estudio entre determinadas conductas del terapeuta entre sí o entre comportamientos del terapeuta y del cliente, se realizaron las necesarias pruebas globales de asociación para comprobar si existe o no una relación de dependencia entre las categorías del terapeuta y del cliente en conjunto en los retardos concretos que nos interesan y en cada uno de los grupos de efectividad del debate. Para ello se utilizó el estadístico *chi-cuadrado* ( $X^2$ ) de Pearson, que nos permite averiguar si la variable de las filas está asociada significativamente con la variable de las columnas. Dada la baja frecuencia de determinadas categorías de la conducta verbal del terapeuta y para evitar casillas vacías en las tablas de frecuencias se agruparon las categorías para el terapeuta en sus correspondientes categorías supraordenadas del sistema *SISC-INTER-RC*. Los resultados para cada uno de los grupos y retardos estudiados se resumen en la tabla VII.4.

Tabla VII.4. Pruebas globales de asociación para matrices de diferentes retardos.

Conductas dadas/ condicionadas (retardo)	Éxito total	Éxito parcial	Fracaso
Cliente/Terapeuta (+1)	$X^2 = 1379,61$ , gl = 28, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 393,45$ , gl = 28, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 70,28$ , gl = 24, $p = 0,000002^{**}$
Terapeuta/Cliente (+1)	$X^2 = 1397,85$ , gl = 28, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 407,20$ , gl = 28, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 60,06$ , gl = 24, $p = 0,000069^{**}$
Terapeuta/Terapeuta (+1)	$X^2 = 24278,11$ , gl = 49, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 629,34$ , gl = 49, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 100,87$ , gl = 36, $p < 0,000001^{**}$
Terapeuta/Terapeuta (-1)	$X^2 = 18194,75$ , gl = 49, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 629,34$ , gl = 49, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 100,87$ , gl = 36, $p < 0,000001^{**}$
Terapeuta/Terapeuta (+2)	$X^2 = 743,65$ , gl = 64, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 226,12$ , gl = 49, $p < 0,000001^{**}$	$X^2 = 96,85$ , gl = 36, $p < 0,000001^{**}$

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

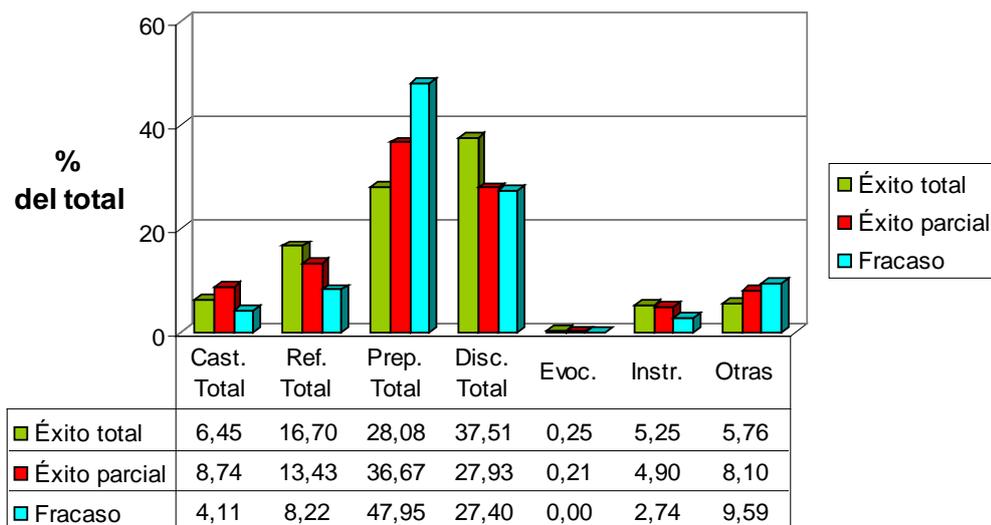
Valores en cada celda: estadístico chi-cuadrado, grados de libertad,  $p$ .

En todos los retardos estudiados el valor de *chi-cuadrado* indicaba que los valores de las celdas se desviaban significativamente de una distribución por azar con un nivel de confianza de 0,99. Parece entonces que las conductas del cliente afectan a las que el terapeuta emite inmediatamente después y viceversa, así como que las conductas que el terapeuta emitió en un momento están relacionadas con las que emite en la posición siguiente o en las dos siguientes de la cadena conductual y, por otra parte, también lo que el psicólogo hace en un determinado momento afectará a las probabilidades que tendremos de encontrar ciertas conductas del propio psicólogo en la posición de la cadena inmediatamente anterior, y esto en todos los grupos de debate según su efectividad. Cabe señalar que no en todos los casos se cumplieron los supuestos para que la aproximación del estadístico a la distribución *chi-cuadrado* fuera óptima<sup>23</sup>, sobre todo en el caso de los grupos de *éxito parcial* y *fracaso* por su menor tamaño, por lo que hay que tomar estos niveles de significación con cierta precaución. A pesar de esta limitación y puesto que los valores de  $p$  eran en todos

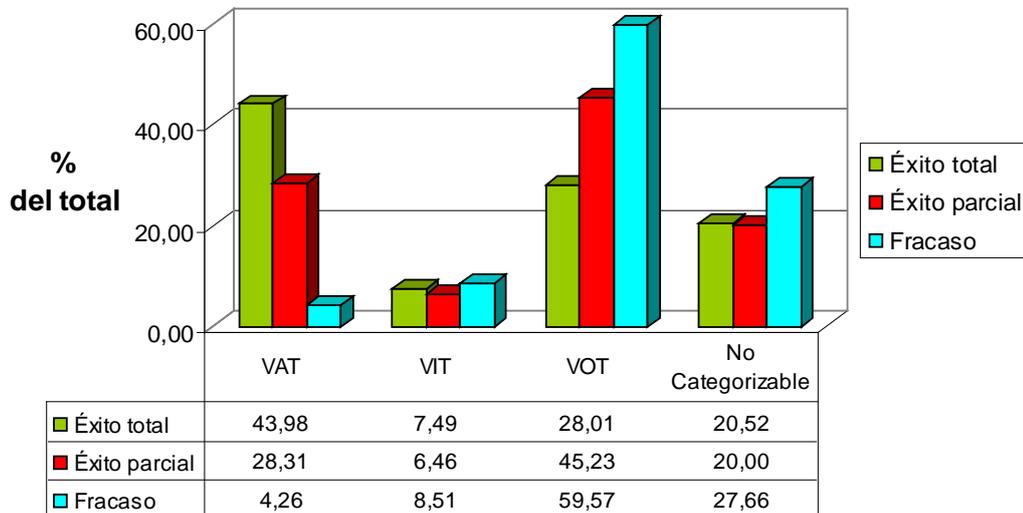
<sup>23</sup> Para que la aproximación del estadístico  $X^2$  a la distribución *chi-cuadrado* sea correcta la frecuencia total de la tabla debería ser como mínimo cinco veces mayor que su número de casillas y al menos el 80% de éstas deberían contener frecuencias observadas iguales o mayores que 5.

los casos muy inferiores a 0,01 (el valor de  $\alpha$ ), se decidió continuar con los análisis de las asociaciones concretas entre categorías, que se muestran en los siguientes apartados. Debido al reducido tamaño muestral y al elevado número de categorías posibles, en muchos de los análisis de relaciones específicas entre conductas, fundamentalmente en el grupo de *fracaso* y en menor medida en el de *éxito parcial*, tendremos el mismo problema con los *residuos ajustados*, que no siempre cumplen los requisitos de la aproximación normal, por lo que también hay que tomar con cautela los resultados que se obtengan. A continuación se exponen estos análisis, que se organizarán por conjuntos de categorías del terapeuta o del cliente que están incluidas en las distintas hipótesis, si bien antes de presentar los resultados secuenciales se incluyen en las figuras VII.1 y VII.2 los porcentajes que representaron cada una de las categorías de la conducta verbal del psicólogo y del cliente tomando en conjunto los debates valorados como *éxito total*, *éxito parcial* y *fracaso*.

**Figura VII.1. Porcentaje de las categorías de la conducta verbal del terapeuta en el conjunto de debates de cada grupo según su efectividad.**



**Figura VII.2. Porcentaje de las categorías de la conducta verbal del cliente en el conjunto de debates de cada grupo según su efectividad.**



**3.1.1. Relación entre las categorías VAT/VOT/VIT del cliente y las funciones de refuerzo, de castigo y discriminativa del terapeuta.**

En este apartado se presentan los resultados de las pruebas realizadas para contrastar las hipótesis 1, 2 y 3. Se comenzó por el análisis de la significación estadística asociada a las probabilidades de retardo + 1 entre las conductas dadas del cliente categorizadas como VAT y VOT y las categorías condicionadas función de refuerzo y de castigo del terapeuta, agrupando las distintas variantes de éstas últimas en una sola categoría (Refuerzo = Bajo + Medio + Alto + Conversacional; Castigo = Bajo + Medio + Alto). Los análisis presentados también muestran la contingencia de estas categorías del terapeuta con la categoría VIT del cliente. Los resultados obtenidos se recogen en la tabla VII.5.

**Tabla VII.5. Relación entre VAT/VOT/VIT y las funciones de refuerzo y castigo.**

<i>Conductas dadas/ condicionadas (retardo)</i>	<i>Éxito total</i>	<i>Éxito parcial</i>	<i>Fracaso</i>
VAT/Refuerzo (+1)	(19,57, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,83$ ]	(5,86, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,66$ ]	(2,80, $p = 0,0051+$ )** [ $Q = 0,91$ ]
VAT/Castigo (+1)	(-4,05, $p = 0,0001-$ )* [ $Q = -0,82$ ]	(-2,23, $p = 0,0255-$ )* [ $Q = -1,00$ ]	(-0,19, $p = 0,8460$ ) [ $Q = -1,00$ ]
VOT/Refuerzo (+1)	(-0,49, $p = 0,6213$ ) [ $Q = -0,051$ ]	(1,96, $p = 0,0509$ ) [ $Q = 0,28$ ]	(0,46, $p = 0,6486$ ) [ $Q = 0,20$ ]
VOT/Castigo (+1)	(15,98, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,89$ ]	(9,33, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,91$ ]	(2,44, $p = 0,0146+$ )* [ $Q = 1,00$ ]
VIT/Refuerzo (+1)	(3,52, $p = 0,0004+$ )** [ $Q = 0,44$ ]	(5,38, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,80$ ]	(-0,49, $p = 0,6246$ ) [ $Q = -1,00$ ]
VIT/Castigo (+1)	(5,56, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,68$ ]	(0,13, $p = 0,8985$ ) [ $Q = 0,07$ ]	(-0,28, $p = 0,7816$ ) [ $Q = -1,00$ ]

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,05$ / \*\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,01$ .

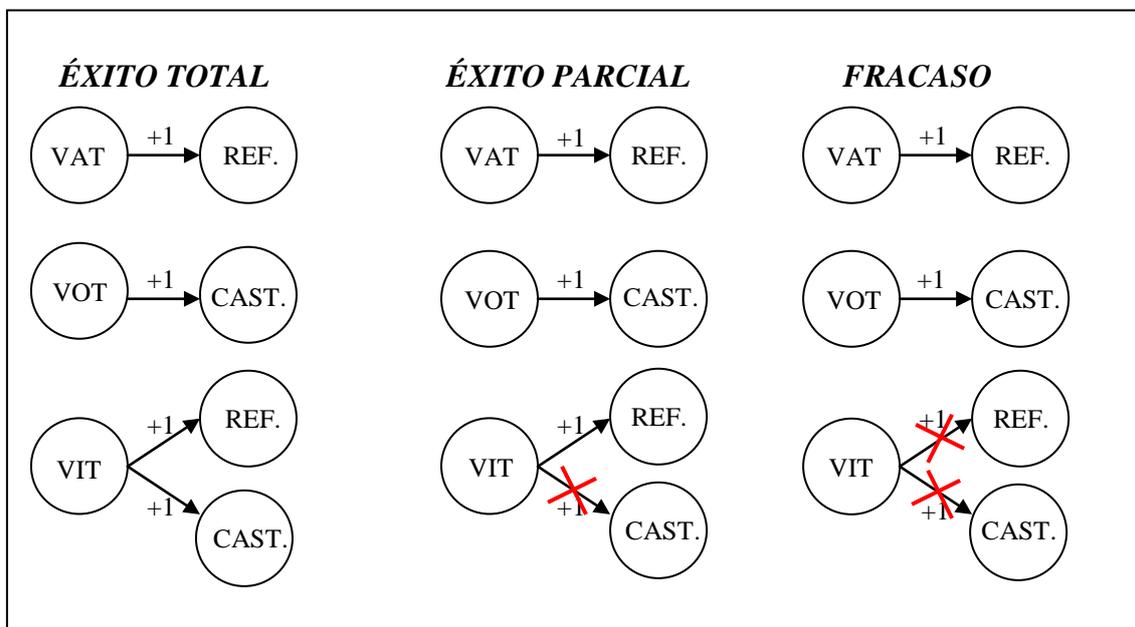
Valores en cada celda:

(Residuos ajustados,  $p$ ) El valor de  $p$  se acompaña de un signo +/- cuando es significativo para indicar el sentido de la relación / [ $Q$  de Yule].

En la tabla anterior se puede observar que en el conjunto de los debates valorados como *éxito total* y *parcial* el psicólogo después de una conducta del cliente que se aproxima a los objetivos terapéuticos emite verbalizaciones con *función de refuerzo* y es menos probable de lo esperado por azar que emita una *función de castigo*. En el caso de los debates valorados como *fracaso* no hay ni más ni menos probabilidad de la esperada de que se dé una *función de castigo* después de este tipo de conductas del cliente y, al igual que ocurría en los otros dos grupos, también es más probable que, en su lugar, el psicólogo muestre su aprobación con lo que el cliente dijo. Después de una *verbalización opuesta al objetivo del debate* se encontró que en todos los grupos se dieron verbalizaciones del terapeuta con *función de castigo*, mientras no se daban ni con más ni con menos probabilidad de la esperada por azar verbalizaciones con *función de refuerzo*. La diferencia más destacable entre los tres grupos es el comportamiento del terapeuta que sigue a las *verbalizaciones intermedias con respecto al objetivo terapéutico*: en el caso del *éxito total* encontramos que eran más probables las categorías *función de refuerzo* y de *castigo*, en el *éxito parcial* sólo la *función de*

*refuerzo* y ninguna de ellas se daba de manera significativa en los debates valorados como *fracaso*. La representación gráfica de estos resultados se puede encontrar en la figura VII.3 en forma de diagramas de transición, en los que las cruces sobre las flechas indican que esas asociaciones no fueron significativas teniendo en cuenta el retardo indicado, mientras que la ausencia de cruces señala significación estadística.

**Figura VII.3.** Diagramas de transición de las relaciones significativas entre VAT/VOT/VIT y las funciones de refuerzo y castigo en cada grupo de efectividad.



Se trató de comprobar si la ausencia de diferencias relevantes entre grupos en el comportamiento del terapeuta tras los VAT y VOT del cliente se mantendrían si, en lugar de estudiar las contingencias agrupando las distintas variantes de la *función de refuerzo* y *de castigo*, se analizaban las asociaciones específicas con los niveles de intensidad (bajo, medio, alto) de estas categorías. Se hallaron muy pocas diferencias entre grupos, pues en el caso del *éxito total* y *parcial* se encontró que el terapeuta emitía significativamente más castigos de cualquier nivel tras los VOT y en el caso del refuerzo ocurría igual, excepto con la *función de refuerzo bajo* en el caso del *éxito parcial*. En el grupo de *fracaso* no

se pudieron realizar los análisis de contingencia con las categorías no agrupadas por falta de datos en las casillas. Se presentan los resultados para los grupos de *éxito parcial* y *total* en la tabla VII.6.

**Tabla VII.6. Relación entre VAT/VOT y los niveles de las funciones de refuerzo y castigo.**

<i>Conductas dadas/ condicionadas (retardo)</i>	<i>Éxito total</i>	<i>Éxito parcial</i>
VAT/Refuerzo bajo (+1)	(13,37, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,92$ ]	(1,82, $p = 0,0685$ ) [ $Q = 0,54$ ]
VAT/Refuerzo medio (+1)	(9,61, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,77$ ]	(6,62, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,86$ ]
VAT/Refuerzo alto (+1)	(5,07, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,90$ ]	(2,76, $p = 0,0058+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 1,00$ ]
VOT/Castigo bajo (+1)	(10,23, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,87$ ]	(6,81, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,90$ ]
VOT/Castigo medio (+1)	(10,10, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,87$ ]	(5,42, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,88$ ]
VOT/Castigo alto (+1)	(6,45, $p = 0,0000+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 0,89$ ]	(2,95, $p = 0,0032+$ ) <sup>**</sup> [ $Q = 1,00$ ]

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

Valores en cada celda:

(*Residuos ajustados, p*) El valor de  $p$  se acompaña de un signo +/- cuando es significativo para indicar el sentido de la relación / [ $Q$  de Yule].

Para analizar si las secuencias previas de dos términos forman parte de determinadas cadenas conductuales más amplias de tres términos se utilizará el *método secuencial de retardos*, estudiando cada una de las parejas implicadas de dos términos por separado en lugar de estudiar probabilidades de transición de orden 2 porque este tipo de análisis exigiría una cantidad de datos con los que no se cuenta para los dos grupos más pequeños de *fracaso* y *éxito parcial*. Las cadenas conductuales que queremos identificar se corresponden con las planteadas en la hipótesis 3, a las que sumaríamos en este caso las cadenas relativas a la categoría *VIT* del cliente. De esta manera, queremos comprobar si se dan con una probabilidad mayor de la esperada por azar las siguientes cuatro cadenas:

- *Función discriminativa indicando o sin indicar-VAT-función de refuerzo.*
- *Función discriminativa indicando o sin indicar-VOT-función de castigo.*
- *Función discriminativa indicando o sin indicar-VIT-función de refuerzo.*
- *Función discriminativa indicando o sin indicar-VIT-función de castigo.*

Para ello necesitamos conocer, además de los resultados recogidos en la tabla VII.5, si se dan las secuencias de dos términos que se reflejan en la tabla VII.7. Al igual que hicimos anteriormente, también aquí agruparemos las distintas variantes de las categorías *función de refuerzo* y *de castigo* para los cálculos estadísticos y se agruparán asimismo las dos variantes de la categoría *función discriminativa* que se van a estudiar (*indicando o sin indicar la dirección deseada de la respuesta*).

**Tabla VII.7. Secuencias conductuales de dos términos para completar secuencias de tres.**

<i>Conductas dadas/ condicionadas (retardo)</i>	<i>Éxito total</i>	<i>Éxito parcial</i>	<i>Fracaso</i>
Disc./VAT (+1)	(14,34, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,67$ ]	(1,99, $p = 0,0467+$ )* [ $Q = 0,33$ ]	(2,55, $p = 0,0107+$ )* [ $Q = 0,89$ ]
Disc./VOT (+1)	(5,94, $p = 0,0001+$ )** [ $Q = 0,39$ ]	(4,96, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,58$ ]	(1,99, $p = 0,0467+$ )* [ $Q = 0,63$ ]
Disc./VIT (+1)	(10,06, $p = 0,0001+$ )** [ $Q = 0,76$ ]	(1,12, $p = 0,2635$ ) [ $Q = 0,34$ ]	(1,56, $p = 0,1198$ ) [ $Q = 0,69$ ]
Disc./Refuerzo (+2)	(11,36, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,64$ ]	(0,98, $p = 0,3253$ ) [ $Q = 0,21$ ]	(-0,67, $p = 0,5002$ ) [ $Q = -1,00$ ]
Disc./Castigo (+2)	(5,15, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,51$ ]	(3,99, $p = 0,0001+$ )** [ $Q = 0,64$ ]	(-0,38, $p = 0,7027$ ) [ $Q = -1,00$ ]

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,05$ / \*\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,01$ .

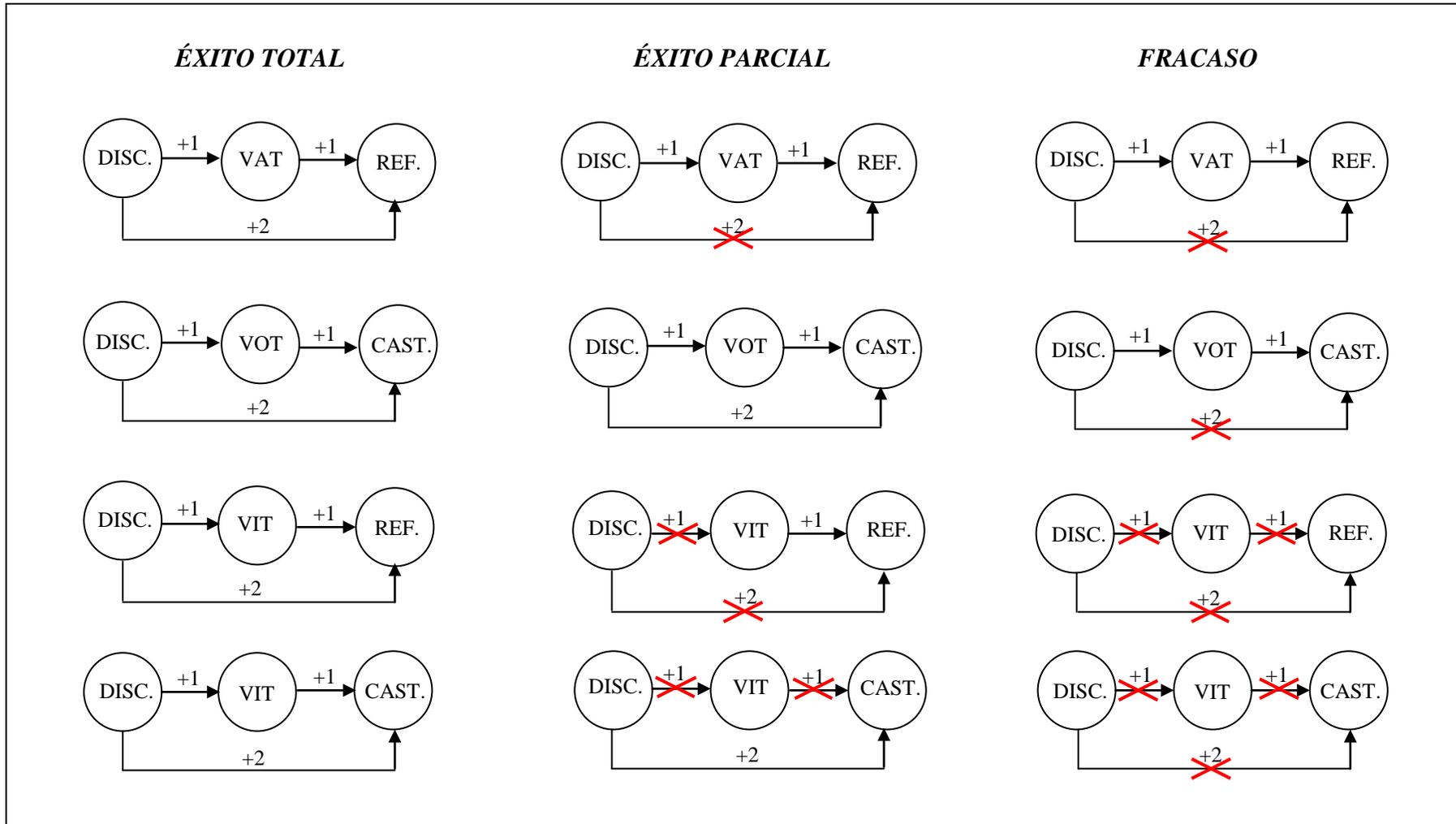
Disc.= agrupación de funciones discriminativa indicando y sin indicar la dirección deseada de la respuesta.

Valores en cada celda:

(*Residuos ajustados, p*) El valor de  $p$  se acompaña de un signo +/- cuando es significativo para indicar el sentido de la relación / [ $Q$  de Yule].

Los resultados indican que en el grupo de *éxito total* se encontraron con una probabilidad superior a la esperada por azar los cuatro tipos de cadenas de tres términos, mientras que en el grupo de *éxito parcial* sólo se encontró de forma completa la segunda de las cadenas y en el caso del *fracaso* no se dio ninguna de las cuatro, tal como se representa en la figura VII.4.

**Figura VII.4. Diagramas de transición de algunas cadenas de tres términos estudiadas en cada grupo de efectividad.**



Disc.= agrupación de funciones discriminativa indicando y sin indicar la dirección deseada de la respuesta; Ref.= función de refuerzo; Cast.= función de castigo.

**3.1.2. Relación entre algunas variantes de las categorías función de preparación y función discriminativa del comportamiento verbal del terapeuta.**

En la tabla VII.8 se recogen los resultados de los análisis para contrastar las hipótesis 4 y 5, es decir, las relaciones conductuales de dos términos entre las categorías del terapeuta *función discriminativa sin indicar* o *indicando la dirección deseada de la respuesta* y cualquiera de las variantes de la *función de preparación (informativa, motivadora o preparación del discriminativo)* con retardo -1 y entre las variantes *función de preparación informativa o motivadora* y la categoría *función discriminativa conversacional* con retardo +1. Las distintas variantes estudiadas se agruparon según se ha indicado para los cálculos del análisis secuencial.

**Tabla VII.8. Secuencias conductuales de dos términos para estudiar la relación entre algunas variantes de las categorías función de preparación y función discriminativa.**

<i>Conductas dadas/ condicionadas (retardo)</i>	<i>Éxito total</i>	<i>Éxito parcial</i>	<i>Fracaso</i>
Disc.(Ind.+Sin.)/ Prep.(I.+M.+P.D.) (-1)	(2,25, $p = 0,0247+$ )* [ $Q = 0,16$ ]	(-0,62, $p = 0,5330$ ) [ $Q = -0,12$ ]	(0,32, $p = 0,7508$ ) [ $Q = 0,14$ ]
Prep.(I.+M.)/ Disc. Conv. (+1)	(27,28, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,96$ ]	(14,88, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,96$ ]	(5,87, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,97$ ]

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,05$ / \*\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,01$ .

Disc. (Ind.+Sin.)= agrupación de funciones discriminativa sin indicar e indicando la dirección deseada de la respuesta; Prep.(I.+M.+P.D.)= agrupación de funciones de preparación informativa, motivadora y preparación del discriminativo; Prep.(I.+M.)= agrupación de funciones de preparación informativa y motivadora; Disc. Conv.= función discriminativa conversacional.

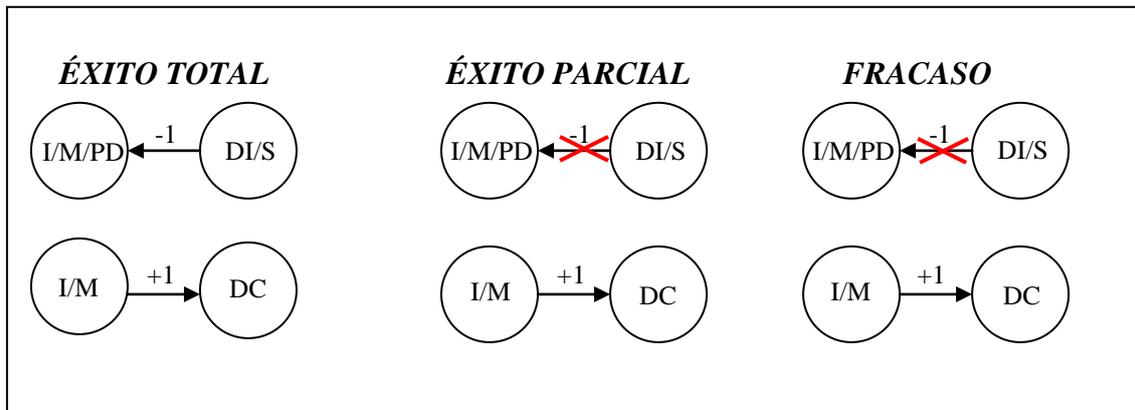
Valores en cada celda:

(Residuos ajustados,  $p$ ) El valor de  $p$  se acompaña de un signo +/- cuando es significativo para indicar el sentido de la relación / [ $Q$  de Yule].

Como se puede comprobar, sólo en el grupo de *éxito total* ocurría que las conductas del terapeuta categorizadas como *función discriminativa indicando* o *sin indicar la dirección deseada de la respuesta* fueran precedidas por conductas del mismo categorizadas como *función de preparación* (en cualquiera de sus

variantes). Sin embargo, la secuencia en la que las verbalizaciones del psicólogo categorizadas como *función de preparación informativa* o *motivadora* eran seguidas por la categoría *función discriminativa conversacional* se dio en todos los grupos de efectividad, tal como queda recogido en la figura VII.5.

**Figura VII.5. Diagramas de transición de algunas secuencias conductuales de dos términos entre variantes de la función de preparación y la función discriminativa.**



I/M/PD= agrupación de funciones de preparación informativa, motivadora y preparación del discriminativo;DI/S= agrupación de función discriminativa sin indicar e indicando la dirección deseada de la respuesta; I/M= agrupación de funciones de preparación informativa y motivadora; DC= función discriminativa conversacional.

En relación con estas secuencias de categorías de la conducta verbal del terapeuta nos hacemos una última pregunta: cuando la categoría *función discriminativa indicando o sin indicar la dirección deseada de la respuesta* va precedida de cualquiera de las *funciones de preparación* en el grupo de *éxito total*, ¿sería más probable de lo esperado por azar que se diera inmediatamente después de esta secuencia de dos términos cualquiera de los comportamientos del cliente? Analizando las probabilidades de transición de orden 2 de que después de la secuencia indicada de dos términos por parte del terapeuta se produzca en el retardo +1 cualquiera de las conductas del cliente encontramos que es más probable que se dé una *verbalización del cliente de aproximación al objetivo terapéutico del debate* ( $z = 3,63, p = 0,0003, Q = 0,33$ ) o una que sea *intermedia* con respecto a este objetivo ( $z = 2,20, p = 0,0281, Q = 0,37$ ) pero, sin embargo,

no se darían *verbalizaciones opuestas al objetivo terapéutico del debate* ( $z = -1,31, p = 0,1895, Q = -0,20$ ). Recordando los resultados recogidos en la tabla VII.7, cabe destacar que cuando se analizaron en el grupo de *éxito total* las secuencias de orden 1 relacionadas, se encontró que después de las categorías *función discriminativa indicando o sin indicar la dirección deseada de la respuesta* (sin una *función de preparación* previa) sí se daba cualquiera de los comportamientos del cliente (VAT, VOT, VIT) en la posición inmediatamente posterior (retardo +1).

**3.1.3. Secuencias conductuales en torno a la categoría función instruccional del terapeuta.**

En la tabla VII.9 se muestran los resultados de los análisis secuenciales para las cadenas de conductas del terapeuta y del terapeuta en interacción con el cliente que corresponden al contraste de las hipótesis 6 y 7: relación entre la categoría *función instruccional* del terapeuta y las *funciones de preparación informativa o motivadora* en el retardo +1 y -1 y, además, la relación con retardo +1 entre la *función instruccional* y las *verbalizaciones del cliente de aproximación al objetivo terapéutico del debate* (VAT).

**Tabla VII.9. Secuencias conductuales de dos términos en torno a la función instruccional.**

<i>Conductas dadas/ condicionadas (retardo)</i>	<i>Éxito total</i>	<i>Éxito parcial</i>	<i>Fracaso</i>
Instruccional/ Prep. (I.+M.) (+1)	(8,90, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,72$ ]	(2,73, $p = 0,0064+$ )** [ $Q = 0,52$ ]	(0,89, $p = 0,3758$ ) [ $Q = 0,54$ ]
Instruccional/ Prep. (I.+M.) (-1)	(6,78, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,62$ ]	(5,17, $p = 0,0000+$ )** [ $Q = 0,76$ ]	(2,57, $p = 0,0103+$ )* [ $Q = 1,00$ ]
Instruccional/ VAT (+1)	(-2,04, $p = 0,0413-$ )* [ $Q = -0,36$ ]	(-1,12, $p = 0,2640$ ) [ $Q = -0,50$ ]	(0,00, $p = 1,0000$ ) [ $Q = \text{valor no definido}$ ]

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,05$ / \*\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,01$ .

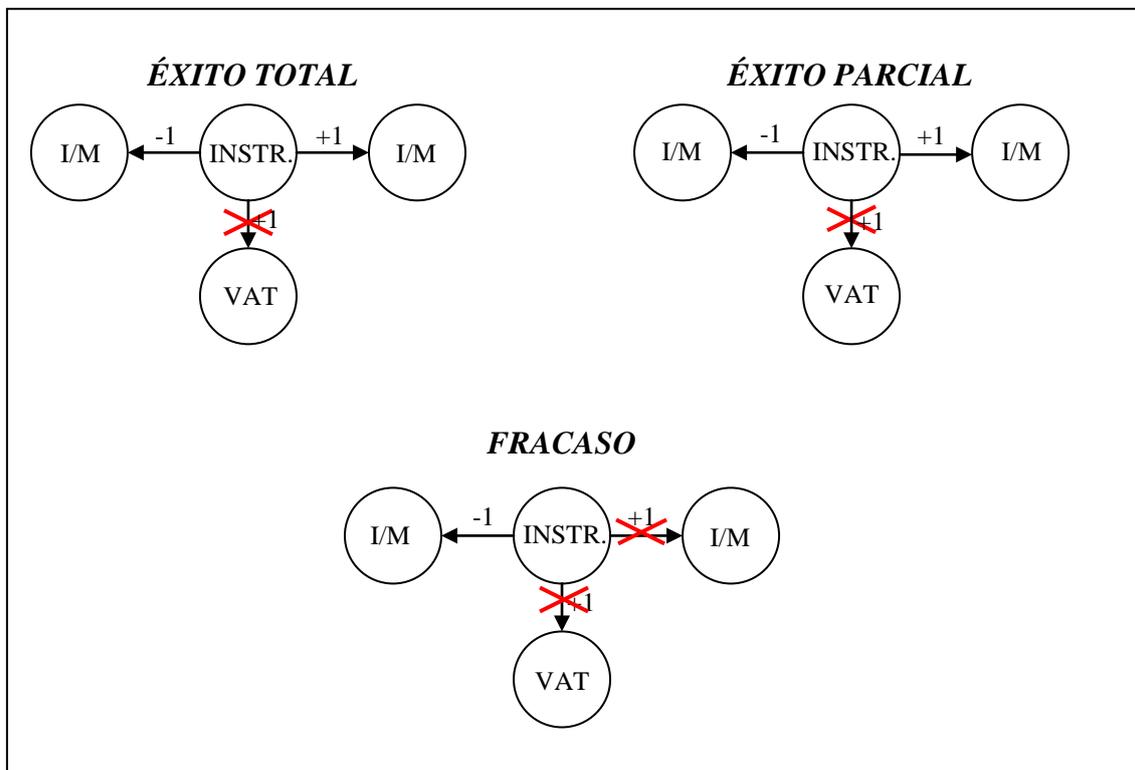
Prep. (I.+M.)= agrupación de funciones de preparación informativa y motivadora.

Valores en cada celda:

(Residuos ajustados,  $p$ ) El valor de  $p$  se acompaña de un signo +/- cuando es significativo para indicar el sentido de la relación / [ $Q$  de Yule].

Como se puede apreciar, los datos indican que en los tres grupos de efectividad la *función instruccional* del terapeuta va seguida y/o precedida de categorías con *función de preparación informativa o motivadora*. Sin embargo, en ninguno de los grupos se encontró que la *función instruccional* del terapeuta fuera seguida de verbalizaciones del cliente categorizadas como VAT e, incluso, en el caso del *éxito total* la probabilidad de que esto ocurra es menor de la esperada por azar. Estas cadenas se representan gráficamente en la figura VII.6.

**Figura VII.6. Diagramas de transición de algunas secuencias conductuales de dos términos en torno a la función instruccional del terapeuta.**



I/M= agrupación de funciones de preparación informativa y motivadora; INSTR.= función instruccional.

Dados estos resultados, se indagó entonces si era posible que estas verbalizaciones de aproximación al objetivo terapéutico del debate se dieran después de la *función instruccional* pero en retardos superiores (puesto que en el retardo +1 hemos visto que hay una relación de contingencia significativa con

algunas *funciones de preparación* en todos los grupos). Se exploraron para ello los retardos +2 y +3 en los grupos de *éxito total* y *parcial* pero no en el de *fracaso* porque en este caso las pruebas globales de asociación entre conductas del terapeuta y del cliente para los citados retardos no fueron significativas; tampoco con retardos superiores se encontró relación significativa en ninguno de los grupos. Se observó que en el caso del *éxito parcial* no ocurrían con mayor probabilidad de la esperada por azar las verbalizaciones VAT del cliente dos o tres posiciones después de la *función instruccional* del terapeuta, mientras que en el caso del *éxito total* sí se daban en la tercera posición tras la instrucción ( $z = 2,98$ ,  $p = 0,0029$ ,  $Q = 0,35$ ). En función de esto se analizó qué posibles conductas podrían ocurrir entre la *función instruccional* del terapeuta y el VAT del cliente en el retardo +3 en el grupo de *éxito total*: no había asociación significativa con ninguna conducta del cliente y en el caso del retardo +1 la asociación más fuerte se producía con las *funciones de preparación informativa* y *motivadora*, como se informó anteriormente, mientras que en el retardo +2 la contingencia más fuerte se dio con la propia *función instruccional* ( $z = 4,33$ ,  $p = 0,0000$ ,  $Q = 0,63$ ).

### **3.2 Diferencias entre grupos en la proporción de ocurrencia y de tiempo de las variables de la conducta verbal del terapeuta.**

Para dar respuesta a las cuestiones relacionadas con el bloque 2 de hipótesis se analizó si existían diferencias significativas en la medida en que se señalaron en los registros de los distintos grupos según la efectividad del debate las diferentes categorías (estado o evento) del comportamiento verbal del psicólogo o en las duraciones de las categorías estado. Con este objetivo se aplicó la prueba  $H$  de Kruskal-Wallis seleccionando como variable de agrupación el nivel de efectividad del debate. Para aquellas variables en las que se daban diferencias significativas se realizaron comparaciones dos a dos entre cada par de grupos con la prueba  $U$  de Mann-Whitney acompañada de la corrección de Bonferroni para controlar la tasa de error, que en esta ocasión nos llevó a considerar un nivel de significación de 0,017. Las variables analizadas fueron las señaladas en el

apartado 2.3, además de las variables *función discriminativa total*, de *refuerzo total*, de *castigo total* y de *preparación total*, que agrupaban las distintas variantes de estas categorías de la conducta verbal del terapeuta. Además, para poder contrastar la hipótesis 8 se añadió una variable que se definió como el cociente entre la proporción de ocurrencia de las variables *función discriminativa indicando* y *sin indicar la dirección deseada de la respuesta*. Se resumen en la tabla VII.10 los resultados para aquellas variables en las cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

**Tabla VII.10. Diferencias entre grupos en las variables de la conducta verbal del terapeuta.**

Variables	Prueba de Kruskal-Wallis		Prueba de Mann-Whitney		
	$X_2^2$	$p$	Comparación	$z$	$P$
Función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta	6,27	0,043*	E.T.-E.P.	-1,85	0,064
			E.T.-F.	-1,87	0,062
			E.P.-F.	-1,18	0,447 <sup>a</sup>
Función de refuerzo bajo	6,95	0,031*	E.T.-E.P.	-2,15	0,031
			E.T.-F.	-1,85	0,064
			E.P.-F.	-0,64	0,613 <sup>a</sup>
Función de refuerzo total	7,14	0,028*	E.T.-E.P.	-1,79	0,073
			E.T.-F.	-2,24	0,025
			E.P.-F.	-1,35	0,200 <sup>a</sup>
Función de preparación informativa	12,01	0,002**	E.T.- <u>E.P.</u>	-2,76	0,006***
			E.T.- <u>F.</u>	-2,64	0,008***
			E.P.-F.	-0,72	0,486 <sup>a</sup>
Función de preparación total	15,77	0,000**	E.T.- <u>E.P.</u>	-3,16	0,002***
			E.T.- <u>F.</u>	-2,96	0,003***
			E.P.-F.	-1,21	0,250 <sup>a</sup>
Otras	7,30	0,026*	E.T.-E.P.	-1,52	0,128
			E.T.- <u>F.</u>	-2,57	0,010***
			E.P.-F.	-1,35	0,200 <sup>a</sup>
Cociente función discriminativa sin indicar /indicando	9,51	0,009**	<u>E.T.</u> -E.P.	-2,50	0,012***
			E.T.-F.	-2,03	0,042
			E.P.-F.	-0,93	0,635 <sup>a</sup>

E.T.= éxito total; E.P.= éxito parcial; F.= fracaso. Se subrayan los grupos en los que la proporción de la variable era superior.

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,05/$  \*\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,01/$  \*\*\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0,017$ .

<sup>a</sup> En estos casos, puesto que el tamaño muestral de ambos grupos es  $\leq 30$ , se consideró la significación bilateral exacta en lugar de la significación bilateral asintótica.

Como puede observarse, aunque la prueba de Kruskal-Wallis señaló diferencias entre grupos en más variables, sólo se encontraron diferencias específicas entre grupos en cuatro de ellas: la proporción de ocurrencia de la variable *función de preparación informativa y total* era mayor en los debates con *éxito parcial* o *fracaso* en comparación con los de *éxito total*, la proporción de *otras* fue mayor en el grupo de *fracaso* que en el de *éxito total* y se dio más *función discriminativa indicando* en lugar de *discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta* en el grupo de *éxito total* frente a *parcial*.

#### 4. DISCUSIÓN.

A la vista de los resultados obtenidos podemos comprobar que la reestructuración cognitiva o, más concretamente, el debate como elemento central de esta técnica, podría ser definido como un procedimiento de moldeamiento verbal, lo cual supone la confirmación de la principal hipótesis general de este estudio. Para tratar de dar respuesta a la pregunta de qué es lo que define este procedimiento terapéutico se recurrió al estudio de las diferencias entre grupos de efectividad en su aplicación y tomando estos resultados en conjunto se puede contestar globalmente que las diferencias más relevantes entre grupos se encontraron en el orden concreto con que se sucedían los comportamientos del terapeuta o en las secuencias de relación entre éstos y los manifestados por el cliente y no tanto en la frecuencia total o tiempo que ocupaban las categorías del comportamiento verbal del psicólogo en cada uno de los grupos. Más aún, aunque se han encontrado otras secuencias de conducta en los debates valorados como *éxito total*, son las secuencias directamente relacionadas con el moldeamiento las que marcan la diferencia en la actuación del psicólogo entre éstos y otros debates con menor grado de efectividad: el terapeuta obtiene mejores resultados cuando en el diálogo socrático aplica de manera consistente los “refuerzos” o “castigos” según el grado de aproximación de cada verbalización del cliente a los objetivos perseguidos y al mismo tiempo

cuando dirige claramente el proceso de moldeamiento discriminando las respuestas del cliente mediante enunciados, fundamentalmente preguntas, a través de los cuales le va pidiendo que verbalice si está o no de acuerdo con estos objetivos, tras lo cual aplicaría las pertinentes consecuencias en cada caso. Como se expuso con detalle en los capítulos teóricos, se pueden encontrar en la literatura propuestas similares, como las de Hamilton (1988), Rosenfarb (1992) y Follette et al. (1996), que consideran que el comportamiento verbal de la persona que acude a tratamiento puede ser modificado igual que otro comportamiento y, concretamente, a través del moldeamiento en sesión de comportamientos nuevos, más funcionales, mediante el reforzamiento diferencial de aproximaciones a conductas más adaptativas y el castigo o ausencia de reforzamiento en caso de comportamientos contraproducentes. Otros autores aplicaron esta hipótesis del moldeamiento específicamente a la técnica de reestructuración cognitiva y al debate, considerando que mediante éste se produce un moldeamiento de nuevas reglas o verbalizaciones del cliente por medio del reforzamiento de nuevas conductas y del castigo de las previas desadaptativas (Martin y Pear, 2007/2008; Pérez, 1996a; Poppen, 1989). Estos planteamientos teóricos han quedado apoyados empíricamente por primera vez con los datos presentados, aunque conviene señalar en este punto la precaución con que hemos de utilizar los términos *reforzamiento* y *castigo* (y, por tanto, *moldeamiento*), pues en ningún momento hemos comprobado que las verbalizaciones de aproximación a los objetivos aumenten como consecuencia de este reforzamiento ni que las opuestas a los objetivos del debate disminuyan como consecuencia del castigo, algo que, por otra parte, no se podría comprobar completamente en una investigación como la que aquí se presenta, donde no es posible aislar el efecto de estas verbalizaciones del terapeuta de otras con diferente “función”. Sin embargo, si observamos los porcentajes de conductas del cliente categorizadas como *VAT* y *VOT* en los distintos grupos de debates, se puede comprobar que el primer tipo de conducta es claramente superior al segundo en el caso del *éxito total*, mientras que ocurre lo contrario en los casos de *éxito parcial* y, sobre todo, de *fracaso*, lo que apuntaría en la dirección de que la aprobación de las conductas que se

aproximan en distintos grados al objetivo terapéutico y la desaprobación de las que se alejan constituiría el reforzamiento o castigo de las mismas, respectivamente, y que el moldeamiento de las verbalizaciones del cliente está teniendo lugar al utilizar el procedimiento terapéutico del debate, un moldeamiento que sería más efectivo en el caso del *éxito total*, al ser más claramente dirigido por el psicólogo, como se explicará a continuación.

Además de las secuencias conductuales en torno al moldeamiento, también se han analizado otras para conocer el uso que hace el psicólogo de las *funciones de preparación* así como de la *función instruccional* durante este procedimiento terapéutico. Para ello planteamos diversas hipótesis específicas sobre secuencias que se darían en los debates valorados como *éxito total* y que nos permitirían diferenciar éstos de los menos exitosos. Además, para complementar nuestra comprensión sobre la actuación del psicólogo, se propusieron otras hipótesis en un nivel de análisis no secuencial. Se irán detallando en las siguientes líneas las conclusiones que se pueden extraer de los análisis realizados para comprobar cada una de las hipótesis.

Los resultados obtenidos apoyaron parcialmente las hipótesis 1, 2 y 3, en las que, como se recordará, se predecía que en los casos de *éxito total* y, en comparación con los debates menos efectivos, después de las verbalizaciones por parte del cliente de aproximación al objetivo terapéutico el psicólogo mostraría su aprobación ante las mismas (hipótesis 1) mientras que, si las verbalizaciones del cliente eran opuestas al objetivo terapéutico, en estos casos el psicólogo mostraría su desacuerdo con ellas (hipótesis 2) y además, también se planteó como relevante la presencia de las dos cadenas indicadas en otras de tres términos precedidas por la categoría *función discriminativa* del terapeuta, es decir, que cuando éste verbalizara una pregunta u otro tipo de enunciado solicitando la respuesta por parte del cliente, después mostraría su aprobación o desaprobación ante la misma en función de si se alejaba o acercaba al objetivo perseguido en ese momento (hipótesis 3). Por un lado, en relación con los dos primeros puntos, se encontró que en los debates con *éxito total* se daban secuencias de interacción entre el terapeuta y el cliente en las que el primero

mostraba su aprobación ante las verbalizaciones del segundo que se aproximaban al objetivo terapéutico y le indicaba su desacuerdo con aquellas verbalizaciones que, por el contrario, se alejaban del objetivo planteado. Estas últimas conductas del cliente no iban seguidas con más probabilidad de la esperada por azar de verbalizaciones con *función de refuerzo*, pero tampoco con menor probabilidad, tal como parece que cabría esperar en caso de que tuviera lugar una hipotética extinción. Sin embargo, queremos resaltar que la metodología y el tipo de análisis secuencial utilizados en este estudio no permitirían identificar si tiene o no lugar este proceso pues, para ello, habría que hacer un análisis detallado de cada caso analizando si conductas previamente reforzadas por el terapeuta en el mismo debate o en alguno anterior dejan de serlo de manera sistemática a partir de un determinado punto a partir del cual ya no constituirían un objetivo terapéutico. Por tanto, aunque posiblemente el psicólogo sí haya utilizado en alguno de los casos aquí estudiados la retirada del refuerzo para intentar conseguir una reducción en la frecuencia de determinadas verbalizaciones, no podemos identificar el papel de la extinción para estudiar el moldeamiento, aunque sí el de la desaprobación explícita o castigo. Las mismas secuencias que en los casos de *éxito total* se encontraron también en los de *éxito parcial* y *fracaso* e incluso no fue posible establecer distinciones relevantes según los niveles de las *funciones de refuerzo* y *de castigo*, por tanto, ¿dónde se encuentran las diferencias entre los distintos grupos? Parece que la clave en la diferenciación de la efectividad del debate estaría, en estas secuencias de dos términos, en la actuación del psicólogo ante las verbalizaciones intermedias con respecto al objetivo terapéutico (VIT): en el grupo de *éxito total* el terapeuta refuerza y castiga estas verbalizaciones intermedias, en el grupo de *éxito parcial* sólo las refuerza y en el grupo de *fracaso* ni las refuerza ni las castiga. Es decir, cuando una verbalización se aproxima (VAT) o se aleja (VOT) del objetivo, el psicólogo tendría clara cuál debe ser su actuación en todos los grupos de debates, lo cual sería muy relevante en el moldeamiento de la conducta verbal del cliente. Sin embargo, según se observa en el grupo de *éxito total* también es fundamental que maneje adecuadamente las contingencias en el caso de las verbalizaciones

intermedias, en las que puede haber aspectos de acercamiento y de alejamiento a los objetivos, que han de ser retomados reforzándolos o castigándolos según se aproximen más o menos al objetivo perseguido en ese momento. Parece, por tanto, que el manejo confuso de las contingencias por parte del psicólogo en esta parte más difícil del moldeamiento en los grupos de *éxito parcial* y *fracaso* contribuiría a que no se consiguiera la máxima efectividad posible, en contra de lo que ocurre en el grupo de *éxito total*. Por otra parte, la actuación del terapeuta es también más clara y directiva en este último grupo si tomamos en consideración las cadenas de tres términos analizadas. En este sentido, una parte importante del desafío de las verbalizaciones del cliente serían las secuencias en las que el psicólogo solicitaría una respuesta de éste, normalmente mediante una pregunta directa al respecto indicando o sin indicar la respuesta deseada a la misma, después de la cual mostraría su aprobación o desaprobación en función de si la verbalización del cliente se aproxima o se aleja del objetivo terapéutico o según el grado de aproximación/alejamiento de las verbalizaciones intermedias. Es decir, aunque es relevante que se proporcionen unas consecuencias adecuadas a los comportamientos del cliente en cualquier momento en que éstos se produzcan, esto no significa que el psicólogo deba esperar a que el cliente emita por sí mismo (esto es, sin la presentación de un estímulo discriminativo) verbalizaciones que indiquen una aproximación o alejamiento de los objetivos del debate, sino que resulta fundamental que proporcione discriminativos de estas conductas del cliente y aplique contingentemente de forma sistemática y apropiada las consecuencias que favorezcan el avance del moldeamiento, de modo que el comportamiento de la persona que acude a consulta se vaya aproximando cada vez en mayor medida al objetivo final perseguido. Este tipo de cadenas, que el psicólogo aplica claramente en el grupo de *éxito total*, no aparecen completas en el *éxito parcial* a excepción de la secuencia “*función discriminativa-VOT-castigo*” y no se dan en el caso de los debates valorados como *fracaso*, en el que todas estas secuencias de conductas de tres términos se “rompen” en algún punto de la cadena, lo cual probablemente desempeñó un papel crucial en la efectividad alcanzada en los distintos grupos.

Retomando las hipótesis que se han contrastado en este estudio, se puede comprobar que la número 4, esto es, que sería probable encontrar que en los debates más exitosos el psicólogo precediera sus preguntas dentro del diálogo socrático con verbalizaciones que supuestamente prepararían la respuesta del cliente a las mismas, quedó también apoyada por los resultados encontrados. En este caso se confirmó que sólo en el grupo de *éxito total* las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función discriminativa indicando o sin indicar la dirección deseada de la respuesta* iban precedidas con mayor probabilidad de la esperada por azar de verbalizaciones con *función de preparación*. Es decir, en estos casos el psicólogo, antes de formular una pregunta (u otro tipo de discriminativo) dentro del debate de las verbalizaciones desadaptativas del cliente, preparaba la respuesta de éste a la misma, bien poniéndolo en situación para que pudiera contestar adecuadamente, también mediante información técnica o clínica o bien resaltando las consecuencias positivas de cambiar sus verbalizaciones o las consecuencias negativas de continuar con las mismas. Además de que hubiera en los debates más exitosos una preparación previa de las preguntas del psicólogo, también se hipotetizó que habría más preguntas que en sí mismas indicarían al cliente la dirección deseada de la respuesta en la línea de los objetivos terapéuticos en comparación con aquellas que no indicaban esta dirección. Esta hipótesis, la número 8, se confirmó sólo parcialmente, pues se encontró mayor proporción de este tipo de *función discriminativa* en el grupo de *éxito total* frente al *éxito parcial*, pero no en el *éxito total* frente al *fracaso*, por tanto, aunque se apunta esta tendencia, las comparaciones entre grupos no terminan de apoyarla. Independientemente de que los discriminativos en sí mismos indiquen al cliente cuál es la respuesta buscada por el psicólogo, parece importante la preparación previa que éste realiza antes del discriminativo. Por ello se propuso inicialmente otra hipótesis, la número 10, que planteaba un mayor peso global en frecuencia y/o duración de las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función de preparación informativa o motivadora* en los debates valorados como *éxito total*. Sin embargo, esta última hipótesis no se confirmó con los datos, más aún, los resultados fueron justamente los contrarios

en el caso de la *función de preparación informativa*, ya que había más proporción en los grupos de *éxito parcial* y de *fracaso* que en el de *éxito total*, mientras que no se encontraron diferencias en la *función de preparación motivadora*. Por tanto, en contra de lo que se podría pensar a priori, no parece tan relevante para la efectividad la cantidad de información o “motivación” en el conjunto del debate sino que estas verbalizaciones se den en una posición apropiada en la secuencia conductual, en concreto, antes de las *funciones discriminativas*. Todo este último conjunto de hipótesis gira en torno a un tema especialmente cuestionado en la literatura sobre la técnica de reestructuración cognitiva y para el que existen múltiples opiniones ya comentadas y es el de si se ha de proporcionar al cliente la solución al problema durante el debate o si debe ser él mismo quien genere sus propias soluciones. Tal como se ha analizado aquí, cuando las preguntas u otros tipos de discriminativos del terapeuta van precedidos por una *función de preparación* comparado con los casos en los que no van precedidos, es más probable que el cliente conteste de acuerdo a los objetivos terapéuticos o que su respuesta sea intermedia con respecto a los mismos, mientras que esta secuencia de dos términos del terapeuta no iría seguida de manera significativa de verbalizaciones opuestas al objetivo del debate. Se podría pensar, de esta manera, que preparando las preguntas adecuadamente y proponiendo las verbalizaciones alternativas, sin que haga falta que el cliente llegue solo a ellas, se facilitaría el camino del cambio, lo cual tiene sentido si entendemos el debate como un proceso de moldeamiento, pues uno de los factores que influyen en la eficacia del mismo sería especificar la conducta final deseada, lo cual aumenta la probabilidad de ir reforzando de forma estable las aproximaciones sucesivas a ese objetivo (Martin y Pear, 2007/2008). Esto supone un primer apoyo empírico para la propuesta de debate más “vigorosa”<sup>24</sup> de Ellis frente a la de Beck, pero creemos que para encontrar conclusiones definitivas habría que hacer estudios controlados en los que se comparase la

---

<sup>24</sup> Recuérdense las incongruencias en la propia propuesta de Ellis, que en general sí parece tender a una “persuasión” en el cliente sin necesidad de que llegue a la solución por sí mismo.

efectividad de esta forma de aplicar el debate “con preparación” frente a un estilo “sin preparación”.

Atendiendo a los análisis realizados se puede comprobar que los datos no apoyaron aquello que se planteó en la hipótesis 5. Así, se daba en todos los grupos y no sólo en el de *éxito total* que las *funciones de preparación informativa* y *motivadora* del terapeuta iban seguidas por verbalizaciones del terapeuta con *función discriminativa conversacional*. Con estas pruebas pretendíamos comprobar que en el caso de los fragmentos exitosos el terapeuta intentaba garantizar la comprensión o acuerdo del cliente con aquello que él estaba explicando, sin embargo, este tipo de secuencias no permiten diferenciar los debates según su efectividad. Es importante mencionar aquí que existe una dificultad metodológica en este punto: la *función discriminativa conversacional* se registra según el sistema *SISC-INTER-RC* cuando el terapeuta verbaliza preguntas para valorar el grado de comprensión o acuerdo del cliente con lo que acaba de decir, pero también cuando es el cliente quien corta el discurso del terapeuta para intervenir, por lo que ambos tipos de situaciones se registrarían indistintamente con el mismo código y no es posible diferenciar apropiadamente si estas preguntas de comprobación se dieron o no con más probabilidad de la esperada por azar en los distintos grupos, aunque los resultados apunten a la ausencia de diferencias.

Otro conjunto de hipótesis, la 6, la 7 y la 11, se plantearon en torno a la frecuencia y la ordenación dentro del flujo conductual de la categoría *función instruccional*, es decir, las verbalizaciones del terapeuta a través de las cuales propone tareas y pautas de actuación al cliente para realizar, sobre todo, en el periodo entre sesiones, lo cual tendría un papel fundamental en la consolidación del cambio que se haya dado en sesión. Entre las tareas más comunes se encontraría el entrenamiento en la realización de debates de sus verbalizaciones desadaptativas consigo mismo, el cambio de verbalizaciones disfuncionales por otras más adaptativas que potencien la posibilidad de realizar otras conductas en su vida cotidiana o la puesta en marcha de pruebas de realidad para poner de manifiesto la falta de evidencia empírica que apoya sus verbalizaciones. Las

tareas para casa representan una parte importante del debate y por ello se planteó que quizás hubiese diferencias en la proporción de verbalizaciones con esta función o en el tiempo de sesión dedicado a ello, que serían mayores en los casos de *éxito total*, también se podrían encontrar diferencias en cómo se planteaban las instrucciones por parte del terapeuta, que irían precedidas o seguidas de *funciones de preparación informativa* o *motivadora* en el grupo con mayor efectividad, o en la respuesta del cliente ante la propuesta de las mismas, que sería de aceptación en los casos más exitosos, en los que la persona habría comprendido la relevancia de cambiar sus verbalizaciones tras un moldeamiento adecuado. Comenzando por el primero de los tres puntos señalados (hipótesis 11), no se encontraron diferencias entre grupos en la proporción de ocurrencia ni en la duración de las verbalizaciones categorizadas como *función instruccional* y, siguiendo por el segundo aspecto (hipótesis 6), en todos los grupos se encontró que las instrucciones del terapeuta iban acompañadas antes y/o después de las mismas por verbalizaciones de *preparación informativa* o *motivadora*, seguramente para explicar los beneficios o las razones para poner en marcha ese tipo de tarea en el periodo entre sesiones. Se puede concluir, por lo tanto, que el terapeuta propone las tareas para casa al cliente más o menos de la misma manera en cualquier tipo de debate según las secuencias mencionadas y que donde se pueden encontrar diferencias entre grupos en el sentido esperado es en el tipo de respuesta del cliente ante la propuesta de tareas (hipótesis 7), que seguramente era diferente entre grupos porque el moldeamiento previo también había sido distinto. Nuestros datos indican que en el grupo de *éxito total* el cliente emitía *verbalizaciones de aproximación a los objetivos terapéuticos*, aunque éstas no se producían inmediatamente tras la explicación de la tarea sino tres posiciones después en la interacción entre terapeuta y cliente. Y, hasta que se producía esta respuesta del cliente, tenían lugar otras del terapeuta, que en algunos casos podrían seguir una secuencia como la que se indica: se daría información técnica o clínica al cliente sobre la tarea o se pondrían de manifiesto las ventajas que supondría llevarla a cabo e incluso se repetiría la instrucción, quizás especificando algunos aspectos de la misma.

Para terminar con el repaso de hipótesis, solamente se hará una breve referencia a la número 9, que planteaba la menor frecuencia en el grupo de *éxito total* de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *función discriminativa fallida y otras*. Los resultados señalan, en contra de lo esperado, que no hay diferencias entre grupos en la primera variable, es decir, puede ocurrir que en un debate cualquiera tengan lugar verbalizaciones del terapeuta que finalmente no desempeñen la función discriminativa pretendida y esto no es algo que tenga peso en la valoración final de la efectividad del debate, seguramente porque lo importante es que después de ello el terapeuta corrija su actuación adecuadamente, emitiendo un discriminativo para dirigir el cambio en las verbalizaciones del cliente, tal como hace en el grupo de *éxito total*. Sin embargo, y relacionado con lo anterior, sí hay diferencias entre grupos en la proporción de verbalizaciones del terapeuta que no se pudieron categorizar dentro de una función determinada, que fueron menores en el grupo de *éxito total* frente a *fracaso*, tal como se esperaba, lo que redonda en la idea de que la mayor claridad en la actuación del terapeuta estaría relacionada con más efectividad en los resultados conseguidos.

El análisis conjunto de los principales hallazgos de este estudio nos lleva a confirmar la necesidad de estudiar las secuencias de conducta para conocer lo que hace el psicólogo al aplicar una técnica de intervención y en qué se diferencia esta aplicación cuando es efectiva de cuando no lo es. En esta línea, hemos encontrado que en los fragmentos con *éxito total* hay menos verbalizaciones sin una función determinada (categorizadas como *otras*) y que se dan, en contra de lo previsto, menos verbalizaciones con *función de preparación* que en los otros debates, pero que lo importante en cuanto a estas últimas verbalizaciones, al igual que en otras como las *funciones de refuerzo, de castigo y discriminativas*, no es la cantidad sino el momento en que se aplican. En relación con ello, sobre las secuencias de conducta del propio terapeuta se ha podido ver que en cualquiera de los grupos de debate éste pide al cliente una confirmación (se da una verbalización categorizada como *función discriminativa conversacional*) sobre su comprensión o acuerdo con las *funciones de*

*preparación informativa o motivadora* inmediatamente anteriores o que cuando da al cliente pautas de actuación lo acompaña también de *preparación informativa o motivadora*, pero lo que supone una diferencia con respecto a los resultados obtenidos al final del debate es la actuación del psicólogo al poner en marcha el moldeamiento de las verbalizaciones del cliente, que en el caso del *éxito total* implica mayor claridad y adecuación a la hora de aplicar las contingencias tras cualquier comportamiento del cliente y mayor directividad del proceso por medio de discriminativos, normalmente preguntas (sobre la lógica de sus verbalizaciones o las pruebas empíricas sobre las mismas, sobre sus consecuencias reales o utilidad, etc.), seguidas de las consecuencias apropiadas y que van precedidas de *funciones de preparación* mediante las que se sugieren alternativas diferentes a las verbalizaciones iniciales, lo que facilitaría el proceso al no tener que esperar a que sea la persona que acude a consulta quien llegue a la conclusión por sí mismo sin ayuda del psicólogo. Esto tiene importantes implicaciones prácticas tanto para la formación de psicólogos inexpertos que quieran aprender a utilizar el debate como para los profesionales en activo que estén interesados en mejorar su efectividad o eficiencia al utilizar este procedimiento: hasta el momento se sabía, de una manera muy resumida, que durante el debate había que ir haciendo preguntas de distintos tipos al cliente para intentar que éste modificara sus verbalizaciones sobre un tema concreto, pero en la mayoría de manuales no estaba clara cuál debía ser la actuación del psicólogo a la hora de responder a las intervenciones de aquél, mientras que en otros se afirmaba que el psicólogo sencillamente debería responder con una pregunta posterior, sin dar más indicaciones al respecto; sin embargo, a la luz de estos resultados, ahora podríamos indicar a los psicólogos que la mejor opción sería hacer en cada momento del debate un análisis muy fino del grado de cercanía de las verbalizaciones de su cliente a la meta para adaptar sus respuestas a ello, reforzando las que tengan un mayor peso de aproximación y castigando aquellas en las que predomine el alejamiento de los objetivos terapéuticos; para ello, en contra de la propuesta de Padesky (1993), parece que es importante que el psicólogo que ponga en marcha esta técnica tenga muy claro en cada momento

cuáles son los objetivos que persigue y vaya dirigiendo el diálogo socrático utilizando sus preguntas o enunciados similares (discriminativos) en dirección a la meta, mostrando inmediatamente después su acuerdo o desacuerdo con aquello que el cliente contestó, sabiendo que, si precede sus preguntas por sugerencias en dirección al objetivo, dejando claras cuáles serían las verbalizaciones alternativas perseguidas y por qué sería bueno cambiarlas o, de una manera menos evidente, dando al cliente pistas para que responda en la dirección apropiada, se facilitará el proceso de cambio, siendo de este modo el terapeuta y no el cliente el que lleva las riendas del debate. En resumen, el psicólogo clínico debe utilizar cuando aplica el debate los conocimientos existentes sobre los factores que influyen en la eficacia del moldeamiento, a saber: definición de la conducta final deseada, elección de un comportamiento como punto de partida y establecimiento de pasos intermedios que serán reforzados (o castigados, cuando vayan en sentido opuesto) para avanzar en dirección a la meta (Martin y Pear, 2007/2008).

La relevancia de los datos aquí presentados se puede entender si tenemos en cuenta que, hasta donde hemos podido conocer, éste es el primer estudio en el que se analiza la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación del debate y en el que, además, los datos apoyan claramente el modelo del moldeamiento, más allá de los trabajos previos de este equipo de investigación en el tema, en los que se planteaban algunas de estas secuencias de conducta a partir del análisis cualitativo del comportamiento verbal del terapeuta con una muestra reducida o con estudios de caso único (Froján, Calero et al., 2007, 2009a, 2009b). Somos conscientes de la necesidad de ampliar la muestra analizada tanto en número de observaciones como en variabilidad de los terapeutas participantes, así como de la necesidad de investigar más a fondo otras posibles secuencias que influyan en el cambio, del mismo modo que no dejamos de tener en cuenta las limitaciones estadísticas que encontramos al aplicar algunas de las pruebas utilizadas para el contraste de hipótesis, lo que nos obliga a tomar con precaución los resultados aquí obtenidos pero, a pesar de todo ello, también creemos que el estudio presentado aporta conclusiones de gran trascendencia y supone un paso

fundamental para el desentrañamiento de las secuencias conductuales que definen este procedimiento, que paradójicamente ha sido tan poco estudiado a pesar de ser tan utilizado. Además, en la mayoría de los casos los índices de concordancia intra e inter-observadores estuvieron por encima de los niveles mínimos establecidos y en el único caso en el que esto no ocurrió se tomaron las medidas necesarias para poner solución, lo cual aporta ciertas garantías con respecto a los análisis realizados y, al igual que se señaló en el estudio anterior, la significación psicológica de las conclusiones derivadas de estos análisis añade una evidencia más a favor de la validez de los instrumentos de medida utilizados y confirma la utilidad de la metodología empleada para abordar el análisis de los procesos de cambio que tienen lugar al aplicar el debate.

Las conclusiones que se pueden derivar de este estudio suponen la confirmación empírica de un punto de vista alternativo al tradicional sobre el cambio que tiene lugar cuando se aplica el debate en particular o la reestructuración cognitiva en general: los datos que se han presentado en estas páginas no podrían demostrar de ninguna manera que se esté produciendo un cambio en esquemas cognitivos de distintos niveles de complejidad o en creencias irracionales entendidas como elementos internos y, por el contrario, no se puede ir más allá de afirmar que durante el debate y cuando éste se aplica de manera efectiva se produce un cambio en las verbalizaciones manifestadas por el cliente en dirección a la meta propuesta por el psicólogo. Por lo tanto, a las implicaciones prácticas señaladas con anterioridad habría que sumar importantes implicaciones teóricas, y es que trabajar sobre los pensamientos de la persona en consulta no es contrario a decir que se hace un tratamiento conductual del problema, lo que resulta crucial es que esa manera de trabajarlo esté basada en los principios de la modificación de conducta, entendiendo que las cogniciones (verbalizaciones) del cliente que cambian durante el debate no son otra cosa que conducta (verbal) y que no hace falta recurrir a variables internas para abordar su estudio y analizar su modificación, que podría ser explicada sencillamente por los principios del condicionamiento operante. Durante el debate se produce un cambio debido a un moldeamiento en las verbalizaciones manifiestas que el

cliente y el psicólogo han discutido en sesión, después de lo cual se produciría la transferencia y generalización de aquello que se aprendió en el contexto clínico a la vida cotidiana de la persona, que auto-generaría verbalizaciones encubiertas o manifiestas con funciones más adaptativas que permitirían un mejor desenvolvimiento de éste en su ambiente natural (por ejemplo, estímulo condicionado que provoca respuestas emocionales positivas, estímulo discriminativo de respuestas adaptativas o refuerzo de éstas). También la persona aprendería el propio procedimiento de debate, pudiendo en su caso auto-moldear su propia conducta, todo ello favorecido por las pautas y tareas para casa que el terapeuta propone, tras lo cual comprobaría en posteriores sesiones el cambio que tuvo lugar para continuar o no con el moldeamiento de determinadas verbalizaciones.

Creemos que el énfasis que está teniendo lugar desde la *tercera ola* en cuanto a la terapia de activación conductual o, lo que es lo mismo, el énfasis en la potenciación de los aspectos “conductuales” en el tratamiento de un problema específico como la depresión, es relevante por su reivindicación de la vuelta a las raíces contextuales de la terapia conductual para tratar este problema psicológico, hasta entonces llevada a cabo fundamentalmente desde una orientación cognitiva. No obstante, se está olvidando un aspecto central desde nuestro punto de vista: que en éste y también en otros problemas psicológicos las verbalizaciones de la persona pueden jugar un papel fundamental en el análisis funcional de su conducta problema y, por lo tanto, supondría un beneficio clínico tratarlas directamente, lo cual también es posible desde una perspectiva conductual, además de que se trabajen de manera complementaria otras conductas con otro tipo de técnicas; esto parece que fuera obviado por parte de los defensores de la activación conductual al establecer esta marcada dicotomía entre el tratamiento cognitivo y el conductual, que parece indicar una renuncia a la intervención dirigida a la cognición (la conducta verbal), como si ésta fuera algo cualitativamente diferente de otros tipos de comportamiento. Sin menoscabo de las aportaciones de este último enfoque, creemos que sería útil saber no sólo si la activación conductual es más efectiva que la parte “cognitiva” de la terapia sino,

si éste fuera definitivamente el caso, por qué ésta no es tan efectiva como podría serlo. Quizás la pregunta que cabría hacerse al respecto es si los psicólogos no consiguen el éxito que se debería al aplicar el debate porque se desconocen cuáles son los verdaderos mecanismos del cambio conductual que tiene lugar en el cliente cuando se utiliza este procedimiento mientras que, si se conocieran y se pusieran en marcha intencionadamente, mejoraría la efectividad y/o eficiencia de este procedimiento terapéutico y entonces no se dudaría de la necesidad de aplicarlo. El estudio aquí presentado supone un primer paso en esta línea que, sin lugar a dudas, habrá que continuar con trabajos posteriores, tal como se señala en el siguiente capítulo.



## **CAPÍTULO VIII**

### ***CONCLUSIONES FINALES***

**(versión en castellano)**

La presente tesis doctoral se centra en la técnica de reestructuración cognitiva, que surgió en torno a la década de 1970 y tuvo un papel destacado en la denominada *revolución cognitiva*. Tal como ya se explicó, la elección de esta técnica como objeto de estudio se debió a varias razones: que trabaja con el pensamiento/lenguaje humano, un aspecto central en muchos problemas psicológicos, que es una técnica ampliamente utilizada entre los clínicos y, sobre todo, que a pesar de todo ello seguimos sin saber por qué funciona, lo cual impide optimizar los resultados alcanzados con su aplicación y, por lo tanto, mejorar la atención ofrecida a aquellas personas que demandan ayuda psicológica. La investigación de resultados parece avalar el uso de esta técnica, que se ha demostrado eficaz/efectiva para el tratamiento de diversos problemas en distintos estudios publicados desde su origen, hace ya cuatro décadas, sin embargo, la investigación de procesos deja numerosas incógnitas por resolver en torno a cuáles son los mecanismos que tienen lugar al aplicar esta técnica y cuál es la mejor manera de utilizarla para conseguir el cambio en las verbalizaciones del cliente. Partiendo de este panorama nos propusimos un abordaje diferente en cuanto al estudio de procesos en relación con esta técnica: el análisis momento a momento de la conducta verbal del terapeuta y del cliente durante la aplicación de la misma, partiendo de un enfoque teórico conductual y basándonos en una metodología observacional rigurosa y precisa. Pasaremos en las siguientes líneas a resumir las principales conclusiones que se pueden derivar de los estudios empíricos realizados.

## 1. CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS.

### 1.1 *Desarrollo de una metodología observacional adecuada para la investigación de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva.*

Como resultado de los estudios empíricos presentados se han podido extraer conclusiones acerca de los componentes que forman parte de la reestructuración cognitiva o de las secuencias conductuales que definen el procedimiento específico de debate pero, además, también se puede concluir que la estrategia metodológica desarrollada se ha demostrado adecuada para estudiar los aspectos de interés sobre el proceso terapéutico; en concreto:

- ✓ Los sistemas de categorización *SISC-INTER-RC*, *SISC-COT* y la escala de apreciación *EVED-RC*, cuyo proceso de desarrollo fue expuesto en el primer estudio empírico, fueron propuestos partiendo de un enfoque teórico conductual y de nuestros conocimientos sobre terapia de conducta, lo que confiere a los instrumentos de medida utilizados una coherencia teórica y/o clínica apropiada para el estudio de esta técnica desde una perspectiva analítico-funcional. Específicamente, el *Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta para el estudio de la reestructuración cognitiva*, *SISC-CVT-RC*, está basado en el planteamiento de Pérez sobre las operaciones conductuales básicas en la clínica (1996a, 1996b, 2004), de modo que en el correspondiente subsistema para la conducta verbal del cliente, *SISC-CVC-RC*, se plantearon las categorías que recogerían las verbalizaciones que éste podría emitir como respuesta a estas hipotéticas funciones del psicólogo. Por otra parte, las categorías incluidas en los instrumentos *SISC-COT* y *EVED-RC* hacen referencia a los distintos niveles, respectivamente, de aproximación de las verbalizaciones del cliente a los objetivos terapéuticos del debate o de efectividad del debate en sí que se consideraron podrían dar lugar a interesantes distinciones a nivel clínico.

- ✓ Con respecto a la fiabilidad, los niveles de acuerdo inter-jueces y de precisión teórica de los observadores (en el caso de los sistemas de categorización) que se alcanzaron en la depuración de los instrumentos, así como los niveles de acuerdo entre distintos observadores o de un mismo observador en dos momentos diferentes que se obtuvieron en las comparaciones de fiabilidad a lo largo de la observación de la muestra de los estudios empíricos fue, como mínimo, razonable en la mayoría de los casos. En concreto, en el sistema de valoración *EVED-RC* los niveles de concordancia fueron en todos los casos muy superiores a los valores mínimos considerados óptimos. Para el sistema de categorías *SISC-INTER-RC*, tanto en el subsistema para el terapeuta como para el cliente, los niveles de concordancia podían ser considerados en todos los casos razonables y, en general, buenos e incluso excelentes. Por último, en el sistema *SISC-COT*, mientras al final del proceso de depuración los niveles de concordancia fueron excelentes y, posteriormente, en la mayoría de los casos se alcanzaron niveles buenos o excelentes, en una de las comparaciones inter-jueces durante la observación de la muestra del estudio empírico 3 se obtuvo un valor ligeramente inferior al criterio que se había establecido para el mantenimiento de los registros, aunque incluso siendo inferior entraba dentro del rango de valores razonables del índice Kappa. En esta ocasión, además, tras la discusión entre los jueces se pudo comprobar que la razón que explicaba un mayor número de desacuerdos fue la dificultad para la categorización del fragmento en sí mismo y en ningún caso que los dos observadores se hubieran distanciado en cuanto a los criterios que empleaban para los registros.
  
- ✓ Aunque el estudio de la validez es un proceso continuo desde el momento en que se construyen los instrumentos y, por lo tanto, lo deseable es seguir acumulando evidencia al respecto, por lo que sabemos hasta el momento se puede concluir que la validez de estos instrumentos ha quedado avalada por los resultados derivados de los estudios 2 y 3. Parece, con respecto a la

validez de contenido, que las categorías propuestas cubren el rango de fenómenos a observar o valorar, tanto en el caso de las conductas verbales del terapeuta y del cliente como en cuanto al nivel de aproximación de las verbalizaciones del cliente a los objetivos terapéuticos o al nivel de efectividad del debate. Si bien es cierto que en dos últimos casos se podrían haber establecido un mayor número de niveles de valoración, los finalmente incluidos en los sistemas *SISC-COT* y *EVED-RC* permitieron obtener conclusiones con total sentido clínico al ponerlos en relación entre sí o con la categorización realizada según el sistema *SISC-INTER-RC*, lo cual tiene que ver con la validez de criterio. En cuanto a ésta, los resultados de los estudios indicaron que los instrumentos permitían detectar variaciones en las unidades de categorización en las distintas sesiones observadas y que las comparaciones entre grupos, organizadas tanto por procedimientos terapéuticos como por efectividad de los debates, tenían plena significación psicológica.

- ✓ De este modo, la metodología propuesta ha resultado útil para el acercamiento a los diferentes objetivos de la investigación de procesos enumerados por Llewelyn y Hardy (2001): describir cómo se produce la intervención psicológica, formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y el fracaso en terapia, en concreto, al aplicar el procedimiento de debate, y explicar por qué sucede el cambio clínico (no se estudia el cambio clínico entendido como el cambio al final de un proceso terapéutico sino que se analiza el cambio en las verbalizaciones del cliente al aplicar el debate).

### ***1.2 Clarificación de los procedimientos terapéuticos que forman parte de la reestructuración cognitiva.***

Tras una primera aproximación global al análisis de la reestructuración cognitiva se ha clarificado finalmente cuáles son los componentes terapéuticos de los que consta esta técnica y con qué frecuencia se utilizan. Además, se ha

presentado un análisis de la conducta verbal del terapeuta y del cliente en cada uno de ellos, lo cual ha servido para identificar algunas interesantes diferencias entre grupos. Se pueden enumerar las siguientes conclusiones principales:

- ✓ En la muestra de sesiones observadas en las que se aplica la técnica de reestructuración cognitiva el procedimiento terapéutico más utilizado por los psicólogos es el *debate*, lo cual coincide con lo que se puede derivar de la lectura de los manuales existentes al respecto más allá de las diferencias entre distintos autores. Se entienden por debate aquellos momentos en los que el terapeuta discute con el cliente en sesión las verbalizaciones desadaptativas de éste, o bien hace un repaso de algún debate previo mientras matiza ciertos aspectos y comprueba que el cliente sigue mostrando su acuerdo con los objetivos alcanzados e incluso en unos pocos casos el psicólogo entrena al cliente en sesión para que aprenda a realizar este tipo de debates consigo mismo. Otro componente terapéutico que se utiliza con bastante frecuencia es la *explicación* que el psicólogo ofrece al cliente acerca de la técnica que van a utilizar o están utilizando, así como acerca de la importancia de los pensamientos en algunas otras de sus conductas o sobre por qué ciertas verbalizaciones se pueden considerar en su caso desadaptativas. Aunque con menor peso, también se dan en la muestra algunos momentos en los que el psicólogo propone pautas de actuación o tareas al cliente para realizar fuera de la sesión y así practicar aquello que se ha comenzado en el contexto clínico, componente que se denominó *propuesta de tareas para casa*. Mediante el último tipo de procedimiento terapéutico, el *repaso de tareas para casa*, el psicólogo dedica un tiempo en sesión a revisar si el cliente ha puesto en marcha las pautas de actuación sugeridas previamente.
  
- ✓ Con respecto al comportamiento verbal de los terapeutas y de los clientes en los distintos componentes, se encuentran diferencias entre ellos de acuerdo con lo esperable teniendo en cuenta el tipo de actividad clínica aplicada. Se

puede destacar que en el conjunto de la muestra de reestructuración cognitiva el psicólogo dirige el cambio mediante enunciados, fundamentalmente preguntas, a través de los cuales pide que el cliente verbalice lo que opina sobre el tema que se está tratando, además dedica una gran parte de sus intervenciones a dar información técnica o clínica, preparando las verbalizaciones posteriores del cliente, también muestra su aprobación ante determinadas conductas de éste y le propone pautas de actuación o tareas para realizar, sobre todo, fuera de sesión. Por otra parte, con menor frecuencia el terapeuta interviene para tratar de motivar el cambio, para mostrar desaprobación ante ciertas conductas del cliente e incluso, aunque en muy pocas ocasiones, presenta verbalizaciones que dan lugar a respuestas emocionales en éste, además de que algunas de sus conductas no se pueden clasificar en ninguna de las categorías del sistema *SISC-INTER-RC* más que en *otras*.

- ✓ Por su parte, durante la reestructuración cognitiva el cliente fundamentalmente proporciona información al terapeuta sobre los asuntos tratados en sesión, muestra su aceptación y, en menor medida, su desacuerdo ante ciertas verbalizaciones del psicólogo, lo que se complementa con algunas intervenciones en las que expresa emociones negativas o positivas, solicita información al terapeuta o sigue las instrucciones que éste plantea durante la sesión.

### ***1.3 Identificación de las secuencias conductuales que definen el procedimiento terapéutico de debate.***

El estudio de lo que tiene lugar momento a momento al aplicar el componente principal de la reestructuración cognitiva, es decir, el debate, aportó luz sobre cuáles son las secuencias conductuales que definen este procedimiento en la muestra analizada y que tienen relación con una puesta en marcha más efectiva del mismo:

- ✓ La aplicación del debate dentro de la técnica de reestructuración cognitiva podría ser definida como un procedimiento de moldeamiento a través del cual el terapeuta iría dirigiendo la modificación del comportamiento verbal del cliente desde verbalizaciones contrarias al objetivo terapéutico hasta llegar a la meta planificada. Por tanto, el psicólogo clínico debería utilizar cuando aplica el debate aquello que ya se conoce sobre los factores que influyen en la eficacia del moldeamiento, es decir, definir de antemano cuál es la conducta final deseada, elegir un comportamiento del cliente como punto de partida e ir estableciendo a lo largo del proceso los pasos intermedios que habrán de ser reforzados o castigados para avanzar en la dirección deseada.
  
- ✓ Tras analizar distintos aspectos secuenciales y no secuenciales en la aplicación de este componente terapéutico y compararlos entre grupos de debates en los que se consiguió distinto nivel de efectividad, se puede concluir que la diferencia fundamental entre grupos se encuentra en cómo se comporta el terapeuta inmediatamente antes y/o después de la conducta del cliente y en cómo complementa sus verbalizaciones a la hora de presentárselas a la persona que acude a consulta, de modo que esto configura un moldeamiento más efectivo en el grupo de *éxito total* al ser aplicado éste de manera más clara y directiva.
  
- ✓ Concretamente, un aspecto clave en la efectividad es que el psicólogo identifique si las conductas emitidas por el cliente en cualquier momento del desarrollo del debate están más o menos cerca del objetivo perseguido en ese punto y las refuerce o castigue en consecuencia: ante las verbalizaciones claramente de aproximación al objetivo respondería mostrando su acuerdo, ante las marcadamente opuestas respondería mostrando su desaprobación y, en el caso de verbalizaciones intermedias, tendría que valorar con detalle si predominan los aspectos de aproximación o de alejamiento, para reforzar o castigar, respectivamente. Pero el psicólogo no ha de esperar a que sea el

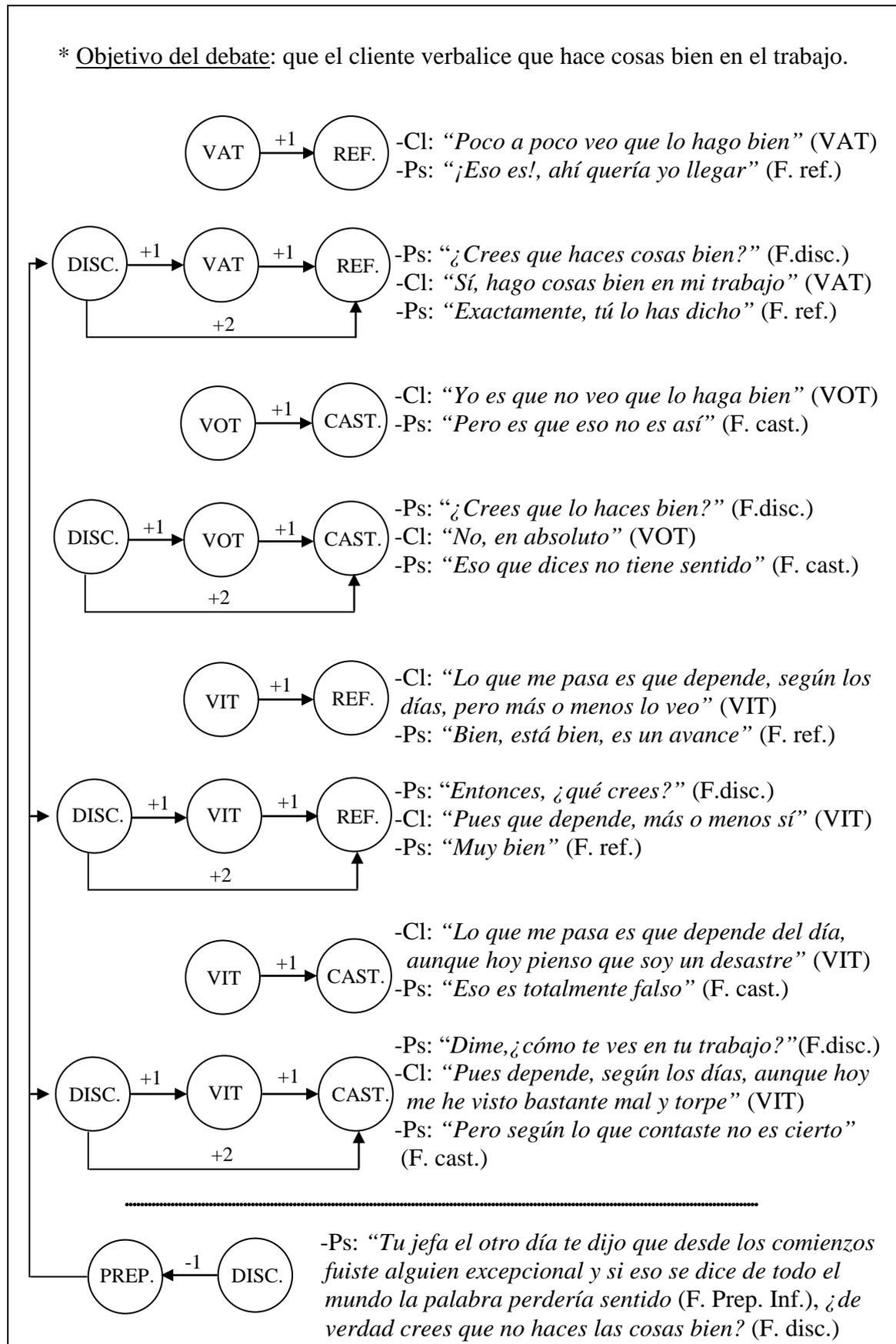
cliente quien vaya por sí solo aproximándose o alejándose del objetivo del debate, sino que debe dirigir este proceso discriminando respuestas en el cliente, principalmente mediante preguntas (sobre la lógica de sus verbalizaciones, sobre las pruebas empíricas que tiene al respecto, sobre la utilidad o las consecuencias reales de las mismas, etc.), momento en el cual debe aplicar, de manera consistente, las consecuencias apropiadas, tal cual se ha explicado.

- ✓ Parece, en contra de lo que proponía el propio Beck, uno de los autores pioneros en la técnica de reestructuración, que la sugerencia por parte del terapeuta de verbalizaciones alternativas más adaptativas facilitaría el camino hasta la meta, permitiendo que el cliente se aproxime más al objetivo terapéutico, momento en el cual el psicólogo debería aprovechar para reforzar lo adaptativo.
- ✓ De este estudio se deriva la confirmación empírica de una explicación del cambio diferente a la tradicional, lo que supone unas importantes repercusiones teóricas: al aplicar el debate hay una modificación en las verbalizaciones manifestadas por el cliente en dirección a los objetivos planteados por el psicólogo y este cambio parece explicarse por los principios del condicionamiento operante, mientras que no se podría afirmar, basándose en datos empíricos, que se produzca un cambio en elementos cognitivos internos, como los esquemas o las creencias irracionales.
- ✓ Las repercusiones prácticas son también notables, al derivarse de estas conclusiones unas orientaciones preliminares para la actuación del psicólogo cuando pone en marcha este procedimiento, que creemos que se aplicaría con mayor efectividad e incluso eficiencia según las directrices del moldeamiento: en los manuales tradicionales se indica que el psicólogo debe hacer preguntas de distintos tipos al cliente, sin dejar clara cuál ha de

ser su actuación posterior más allá de nuevas preguntas, mientras que ahora sabemos que después de las contestaciones del cliente debe expresar explícitamente su aprobación o desaprobación ante las mismas, teniendo claro en todo momento a dónde se dirige el debate y, al tiempo, ha de aprovechar cualquier ocasión durante este diálogo socrático para reforzar o castigar los avances que tengan lugar, analizando con detalle el grado de aproximación de cada verbalización al objetivo perseguido; también, de cara a la aplicación de este procedimiento es importante saber que si se ayuda al cliente mostrando cuáles podrían ser las verbalizaciones alternativas a las suyas o por qué es importante modificarlas o bien solamente se le dan pistas al respecto, aunque no sean tan claras, en estos casos parece facilitarse el cambio buscado, acortando el camino hasta la meta. Estas orientaciones para la práctica habrán de ser complementadas a largo plazo con otras que se concluyan de la puesta en marcha de las líneas de investigación futuras que se plantean a continuación, de modo que se llegue a conseguir una guía más completa para la aplicación de la reestructuración cognitiva que se elabore única y directamente a partir de la evidencia empírica sobre cuál es la mejor práctica clínica, llenando el vacío existente, y que ayude definitivamente a mejorar la formación de los psicólogos que están aprendiendo y también al reciclaje profesional de los más expertos.

A modo de resumen se recogen en la figura VIII.1 las secuencias implicadas en un moldeamiento más efectivo, que se representan gráficamente y se acompañan de ejemplos ilustrativos.

**Figura VIII.1. Ejemplos de secuencias que contribuyen a la efectividad del debate.**



F.= función; Ref.= función de refuerzo; Disc.= función discriminativa indicando o sin indicar la dirección deseada de la respuesta; Cast.= función de castigo; Prep.= función de preparación; Inf.= informativa.

## 2. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.

A partir de los resultados encontrados, de sus limitaciones y, por tanto, de las mejoras que sería deseable realizar, se plantearán cuáles creemos que deberían ser las principales líneas de investigación futuras en el campo para seguir conociendo más sobre la técnica de reestructuración cognitiva y también para mejorar la metodología utilizada:

→ En cuanto a la metodología:

- A pesar de que las garantías científicas de los instrumentos de medida desarrollados son adecuadas, no por ello deja de ser deseable que en el futuro sigamos trabajando en la mejora de los instrumentos presentados. Para ello habría que continuar con su depuración para aumentar la concordancia entre un mismo o distintos observadores operativizando todavía más los criterios para la codificación de las sesiones particularmente confusas o de las categorías especialmente difíciles de identificar que, tal como se comentó, en el caso del sistema *SISC-INTER-RC* serían la *función evocadora* y *de preparación del discriminativo* en el caso del terapeuta y las categorías del cliente *verbalización de emociones negativas* y *positivas*. Una prueba adicional y recomendable de la fiabilidad sería la categorización de sesiones de terapeutas y clientes diferentes y también la categorización por parte de observadores que no participaron en el desarrollo de los instrumentos, de manera que finalmente fuera posible concluir que la aplicación de éstos se podría realizar de una manera fiable y precisa por parte de cualquier observador y con todo tipo de sesiones de tratamiento en las que se aplique la técnica de reestructuración cognitiva o el debate. Por supuesto, también es necesario avanzar en el proceso de validación de los instrumentos, sumando a las anteriores las conclusiones de nuevos estudios en la misma línea para saber si las categorías miden lo que pretenden medir.

- Uno de los principales aspectos a mejorar es el aumento de la muestra de estudio para dar más solidez a los resultados, analizando un mayor número de sesiones en las que se aplique esta técnica, por parte de más terapeutas de conducta y con más variedad de clientes, de manera que nuestras conclusiones se puedan generalizar más allá de los estudios aquí recogidos.

→ En cuanto al estudio de la técnica de reestructuración cognitiva:

- Sería de gran interés estudiar el modo de aplicación de esta técnica por parte de psicólogos de otras orientaciones terapéuticas, de manera que podamos saber si en todos los casos el modo de proceder es el mismo que el encontrado en este estudio, es decir, si se utilizan los mismos componentes de la técnica, si la conducta verbal del psicólogo y del cliente se distribuye de la misma manera en conjunto en los distintos grupos y si, tal como hipotetizamos, al aplicar el debate se dan los mismos tipos de secuencias de interacción entre terapeuta y cliente cuando éste se aplica o no de manera efectiva. Sobre este último punto, sería esencial probar con estudios controlados si distintos grupos de terapeutas, algunos entrenados y otros no entrenados en la aplicación del debate según el modelo del moldeamiento, aplican este procedimiento con la misma o con distinta efectividad y/o eficiencia.
- Otra interesante línea de trabajo consistiría en analizar si existen distintas fases en la aplicación del debate, de modo que podamos encontrar secuencias conductuales típicas en cada una de ellas que tengan relación con la efectividad alcanzada, lo cual podría confirmar las tendencias ya apuntadas en trabajos preliminares de nuestro grupo (Froján, Calero et al., 2007, 2009b) y servir como una guía más detallada de la actuación del terapeuta durante la aplicación de este componente de la reestructuración. El estudio de la variación en el tiempo de las secuencias se llevaría a cabo

mediante lo que se conoce como análisis de la *estacionariedad* dentro del análisis secuencial (Quera, 1993).

- En relación con lo anterior, resultaría de gran relevancia saber si existen diferencias en las variantes de las categorías *función de refuerzo*, *de castigo*, *discriminativa* o *de preparación* que el psicólogo utiliza en distintos momentos de la aplicación efectiva del debate puesto que, quizás, diferenciando por fases podríamos encontrar relaciones específicas que queden enmascaradas en un análisis global del procedimiento terapéutico.
- Atendiendo al papel protagonista de las preguntas del psicólogo en el procedimiento de debate y tratando de aportar luz sobre esta cuestión, absolutamente olvidada en la investigación de procesos y especialmente confusa para los psicólogos clínicos (James y Morse, 2007), creemos que sería fundamental analizar los contenidos específicos de las preguntas utilizadas en los debates exitosos para encontrar si existe una secuencia óptima para ir encadenando estos tipos de cuestiones a lo largo de la aplicación del debate. Es decir, ¿sería mejor comenzar, por ejemplo, por preguntas sobre las pruebas empíricas en torno a las verbalizaciones del cliente o empezar cuestionando la lógica que le ha llevado a dichas conclusiones o la utilidad de las mismas? Se necesitan datos empíricos y no sólo sugerencias clínicas basadas en la experiencia.
- Por otra parte, consideramos importante estudiar con más detalle el papel que desempeñan las denominadas *funciones de preparación* en el desarrollo del debate, ¿sería correcto conceptualizarlas como operaciones de establecimiento (Michael, 1982, 1993) por su capacidad de alterar las funciones de otros estímulos e influir en la frecuencia de la conducta posterior?, ¿sería más apropiado considerar que el psicólogo simplemente modela verbalizaciones alternativas en el cliente? Además de clarificar a nivel teórico el papel de estas categorías de la conducta verbal del psicólogo

sería útil comprobar, mediante estudios controlados en la línea de la propuesta de Ellis (2003), si utilizarlas antes de las *funciones discriminativas* realmente implicaría una mejora en la efectividad del procedimiento de debate, como apuntan los datos aquí encontrados, y qué tipo de *funciones de preparación* es mejor emplear.

- También sería interesante dedicar esfuerzos de investigación al análisis en profundidad de los tipos de tareas que se proponen como complemento del debate o, más en general, en cualquier momento de la aplicación de la reestructuración cognitiva, para saber cuál es la mejor manera de hacer esta propuesta el cliente y cuáles de ellas son más beneficiosas, obteniendo algún tipo de indicador del grado en que favorecen el cambio clínico.

A partir de todo lo anterior es fácil concluir que queda mucho por hacer en el estudio de esta técnica pero, si comparamos el estado actual con el punto de partida, también se puede deducir que hemos avanzado algunos pasos en el camino. Con ello esperamos haber contribuido a la reducción de la distancia que separa la práctica clínica de la investigación y que ello pueda redundar en el futuro en un ejercicio profesional de mayor calidad para mejorar el tratamiento que se ofrece a las personas que demandan ayuda psicológica y para las cuales se requiere la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva.

## **CHAPTER VIII**

### ***FINAL CONCLUSIONS***

(English version)

This doctoral dissertation deals with cognitive restructuring technique that was developed around 1970 and played a major role in the “cognitive revolution”. As explained earlier, there were several reasons for choosing to study this technique: it works with human thinking/language, a main topic in several psychological problems; it is widely used by clinical psychologists; and, most of all, in spite of this it is still not clear why it works, which prevents the results derived from its application from being optimized, something that would help to improve the services offered to people searching for psychological treatment. Results research supports the use of this technique as several publications have reported that the treatment is efficacious/effective for different problems since it was first developed over four decades ago. However, processes research leaves many unresolved questions about the mechanisms taking place when this technique is applied and how best to use it to achieve changes in the client’s verbalizations. In light of this situation we propose a different approach to the study of the processes involved in this technique: a moment by moment analysis of the therapist’s and the client’s verbal behaviour during its application, based on a theoretical behavioural perspective and using a rigorous and precise observational methodology. The main conclusions derived from the empirical studies that were conducted in this dissertation will be summarized in the next section.

## 1. CONCLUSIONS DERIVED FROM THE EMPIRICAL STUDIES.

### *1.1 Development of an appropriate observational methodology for the study of processes in cognitive restructuring technique.*

As a result of the empirical studies conducted it was possible to draw some conclusions about the components that are part of cognitive restructuring or the behavioural sequences defining Socratic questioning or debate procedure but, furthermore, it was also possible to conclude that the methodological strategy developed has shown its suitability for the study of issues of interest in the therapeutic process; specifically:

- ✓ The *SISC-INTER-RC* and *SISC-COT* coding systems and the *EVED-RC* scale (see the first empirical study to read about their development process), were proposed from a theoretical behavioural approach and from our knowledge about behaviour therapy, which gives them a theoretical and/or clinical coherence for the study of this technique from a functional-analytic perspective. More specifically, the *Subsystem for coding the therapist's verbal behaviour in the study of cognitive restructuring technique* (*Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta para el estudio de la reestructuración cognitiva, SISC-CVT-RC*), is based on Pérez's (1996a, 1996b, 2004) proposal on basic behavioural operations in the clinical context, so that in the subsystem for the client's verbal behaviour, *SISC-CVC-RC*, the categories were designed to cover the possible verbalizations as a response to the hypothetical functions of the psychologist. In addition, the codes included in *SISC-COT* and *EVED-RC* refer to the clinical interest that lies in the different levels of proximity of the client's verbalizations to the therapeutic goals in Socratic questioning and the levels of effectiveness of the debate itself, respectively.

- ✓ In terms of reliability, at the end of the measuring instruments' development process the levels of inter-judge agreement and theoretical precision of the observers (for the coding systems) were at least reasonable in most cases, and also inter- and intra-rater agreement levels were the same when they were calculated throughout the observation of the empirical studies' samples. In particular, for the *EVED-RC* scale the agreement levels were always higher than the minimum optimum values. For the *SISC-INTER-RC* coding system (both therapist's and client's subsystems) the agreement levels were at least reasonable and, in general, good and even excellent. Finally, for the *SISC-COT* system the agreement levels were excellent at the end of its development process and later were good or excellent, with the exception of one inter-rater comparison during the coding of the sample for empirical study 3. In that case the result for Cohen's Kappa was slightly lower than the minimum established value for the registers, although it was still a reasonable value for the Kappa index and, moreover, after the discussion between judges they confirmed that the higher number of disagreements were to do with the difficulty of coding that specific fragment and not with a growing divergence among observers in the criteria used for coding.
  
- ✓ Even though studying the validity of an instrument is an ongoing process which starts as soon as construction is complete, there is always room for more evidence. To date we can conclude that the results obtained in the studies 2 and 3 demonstrate the validity of these measuring instruments. As for content validity, the proposed categories seem to cover the range of issues to observe or value in relation to the therapist's and the client's verbal behaviour and also to the level of proximity of the client's verbalizations to the therapeutic goals in Socratic questioning or the level of effectiveness of the Socratic questioning itself. In these last two cases we could have established more appreciation levels; however, the number of levels included in *SISC-COT* and *EVED-RC* allowed us to obtain clinically

meaningful conclusions when we related the instruments between themselves and with *SISC-INTER-RC*, which is related to criterion validity. On this point, the results of the studies indicated that the instruments allowed the detection of variations in coding units in the observed sessions and that between group comparisons had full psychological meaning when they were organized either by therapeutic procedures or by effectiveness of debates.

- ✓ In summary, the developed methodology has shown its use for reaching the different objectives of processes research listed by Llewelyn and Hardy (2001): describe how psychological intervention takes place, formulate and contrast hypotheses about factors related to success and failure in therapy, concretely, applying Socratic questioning, and explain why clinical change occurs (rather than study clinical change at the end of a therapeutic process we analyze change in the client's verbalizations during debates).

### ***1.2 Clarifying the therapeutic procedures that are part of cognitive restructuring.***

Following a first global approximation to the analysis of cognitive restructuring, we have finally clarified the therapeutic components that are part of the technique and how often they are used. Moreover, an analysis of the therapist's and the client's verbal behaviour in each of these components is presented that has allowed the identification of some interesting differences between groups. The following main conclusions can be enumerated:

- ✓ In this sample of sessions in which cognitive restructuring technique is applied the most frequently used therapeutic procedure is *Socratic questioning*, as emphasized in handbooks published on the subject despite some differences between authors. We can define Socratic questioning as those moments in which the therapist debates with the client his maladaptive verbalizations or also reviews a previous debate while he

clarifies some aspects and checks whether or not the client continues agreeing with previously obtained objectives, and in a few fragments the psychologist even trains the client in session to learn to apply these debates with himself. Another frequently used therapeutic component is the *explanation* that the psychologist offers the client about the technique they are going to use or are using at that moment, or about the influence of his thoughts on any other behaviour, and also why some of his verbalizations can be considered maladaptive. Less frequently we can find in the sample some moments in which the psychologist proposes rules of behaviour or home tasks for the client so he can practice what was begun in the clinical context; this component has been named *proposal of home tasks*. Through the last sort of therapeutic procedure, named *checking home tasks*, the psychologist spends some session-time checking the client's fulfilment of proposed rules or tasks.

- ✓ With regard to therapists' and clients' verbal behaviour in the components, there are differences between them according to what was predictable taking into account the kind of clinical activity applied. It can be highlighted that in the restructuring technique sample, in general, the psychologist leads change via his use of statements, mainly questions, whereby he asks the client to verbalize his opinion about the issue they are dealing with, and he also gives technical or clinical information for a large part of the session, preparing the client's subsequent interventions, he shows approval of his behaviours as well and proposes rules of behaviour or tasks, mainly for out-session time. Furthermore, to a lesser degree the psychologist takes part in the debate trying to motivate change, showing his disapproval with the client's verbalizations and very occasionally his interventions cause emotional responses in the client; some of the therapist's behaviours cannot be classified in any *SISC-INTER-RC* system codes and have to be put in *others (otras)*.

- ✓ As for the client's behaviour during cognitive restructuring, he mainly provides the therapist with information about the issues they are discussing, he also shows his acceptance and even his disapproval with some of the psychologist's verbalizations, which is complemented by interventions expressing negative or positive emotions, asking for information or following the therapist's instructions during the session.

### ***1.3 Identification of behavioural sequences that define the Socratic questioning therapeutic procedure.***

The moment by moment study of what takes place when the core component of cognitive restructuring, i. e. Socratic questioning, is applied shed light on which behavioural sequences define this procedure in the sample analyzed and which ones enhance its effectiveness:

- ✓ The application of Socratic questioning within cognitive restructuring technique could be defined as a shaping procedure through which the therapist leads the client's verbal behaviour modification from verbalizations opposed to the therapeutic objective until the planned goal is reached. Therefore, when applying the debate the clinical psychologist should use all that is known in terms of factors influencing the efficacy of shaping, that is, defining beforehand the final desired behaviour, selecting one of the client's behaviours as the starting point and establishing the intermediate steps to be reinforced or punished during the process in order to progress in the right direction.
- ✓ After analyzing different sequential and non-sequential aspects during the application of this therapeutic component and after comparing them between groups of debates with distinct levels of effectiveness, we can conclude that the main difference between groups revolves round how the therapist behaves immediately before and/or after the client's behaviour and how he complements his verbalizations when he presents them to the person

coming to treatment, thereby configuring a more effective shaping in the *total success* group as it is applied in a clearer and more directive way.

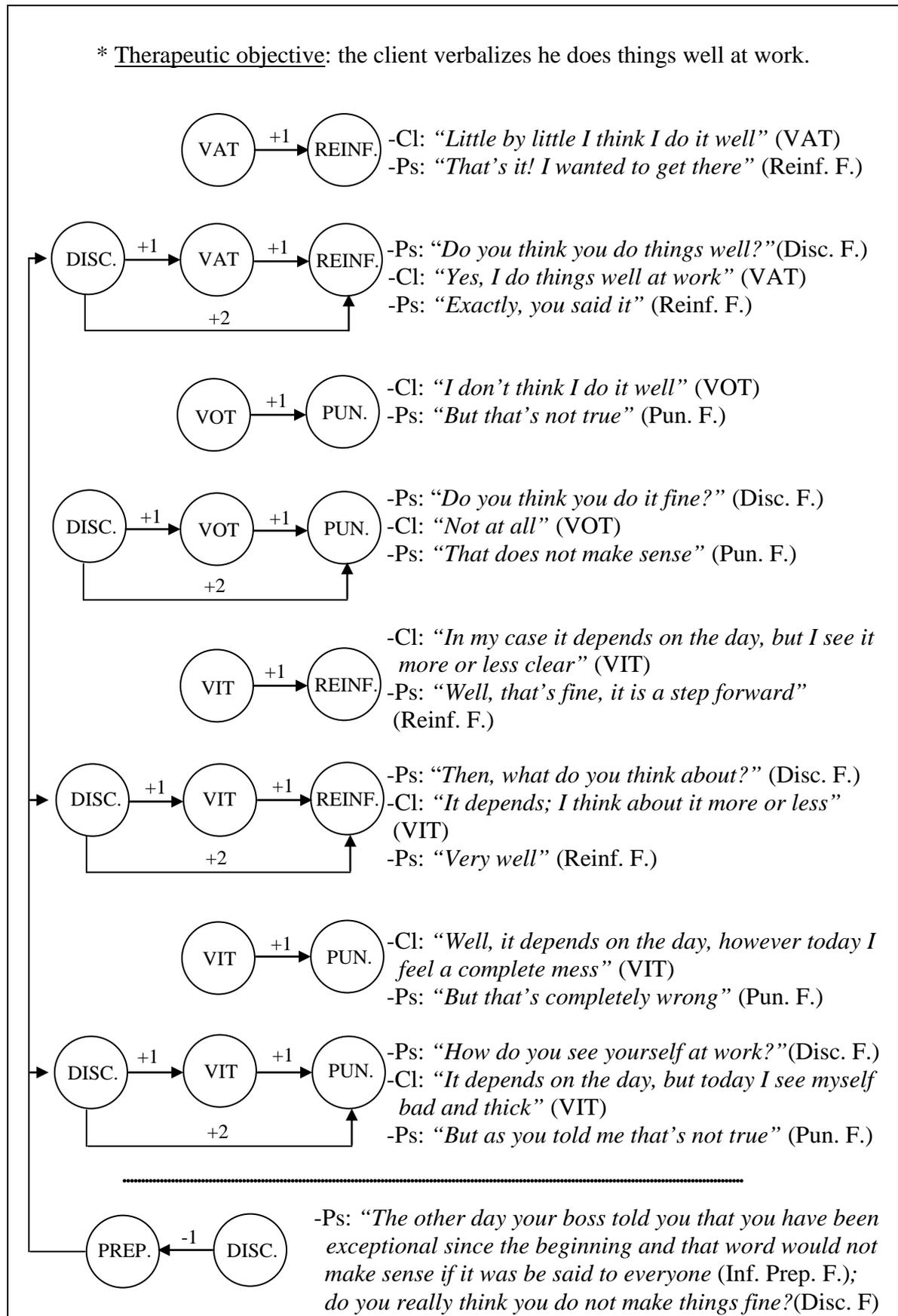
- ✓ Concretely, a core aspect in effectiveness is that at every moment during the debate the psychologist identifies to what extent each of the client's behaviours is closer or further from the established goal on that point and reinforces or punishes them accordingly: when the verbalization clearly approaches the objective he would respond showing his approval, when the verbalization is clearly distancing then he would respond with disapproval and, with intermediate verbalizations, he would have to value carefully if there are more approaching or distancing aspects, and reinforce or punish them, respectively. However, the psychologist should not wait until the client himself approaches or moves away from the therapeutic goal; he must instead lead this process by discriminating the client's responses, mainly through questions (about the logic of his verbalizations, about existing empirical proofs, about their utility and real consequences, etc.) at which point he should apply the appropriate consequences consistently, as explained before.
  
- ✓ In contrast to the proposal made by Beck (one of the pioneering authors in restructuring technique), it seems that the therapist's suggestions of alternative and more adaptive verbalizations do make it easier to get to the goal, allowing the client to get closer to the therapeutic objective; the point at which the psychologist should take advantage of the situation and reinforce the adaptive aspects.
  
- ✓ This study provides empirical confirmation of an explanation of change that differs from the traditional one, and this has important theoretical repercussions: when Socratic questioning is applied there is a modification in the client's overt verbalizations towards aims laid down by the psychologist and this change could be explained by operant conditioning

principles; however, based on empirical data it could not be said that there is a change in internal cognitive elements, such as schemas or irrational beliefs.

- ✓ The practical impact of this work is also noteworthy in that some preliminary orientations stem from these conclusions which could help guide the psychologist's behaviour when applying this procedure; by following shaping guidelines they could make this procedure more effective and even efficient. Traditional handbooks say the psychologist should ask the client different kinds of questions without clarifying what he should do afterwards and just ask more questions; in contrast, we now know that after the client's reply the therapist needs to express his approval or disapproval explicitly and at all times have a clear idea about the goal of the debate. He has also to take advantage of any opportunity during the Socratic questioning to reinforce or punish any changes that take place, carefully analyzing the degree of approximation of each verbalization to the planned objective. In addition, for a better application of this procedure it is important to know that it could be easier to achieve the desired change and the distance to the final goal could be reduced by showing the client some alternatives to his verbalizations, or explaining why it is important to change them or just giving him some clues about them, even if they are not that clear. These orientations for clinical practice must, in the long term, be complemented by others derived from the development of the future lines of research listed below. This could provide a more extensive guide for the application of the cognitive restructuring technique based solely on direct empirical evidence into the best clinical practice, and this could fill the existing gap and substantially improve the training offered to non-expert psychologists and also help in the retraining of more expert professionals.

Figure VIII.1 provides a graphical summary of sequences related to a more effective shaping and some examples are also given.

**Figure VIII.1. Examples of sequences related to a more effective application of the debate.**



F.= function; Reinf.= reinforcement function; Disc.= pointing or not pointing to the desired direction in the response discriminative function; Pun.= punishment function; Prep.= preparation function; Inf.= informative.

## 2. FUTURE LINES OF RESEARCH.

Based on the results obtained, their limitations, and thus the improvements that could be made, we are now going to discuss what we see as the main future lines of research in the area to deepen our knowledge about the cognitive restructuring technique and improve the methodology used:

→ In the area of methodology:

- While the measuring instruments developed have adequate scientific guarantees, we feel there is still work that could be done to improve them. This will mean refining the process to increase inter- or intra-rater agreement, with more detailed specification of the criteria used to code specially confusing sessions or the criteria used to identify specially difficult categories (for example, as said before, this was the case for the therapist's *evocative function* and *preparation of discriminative function* or client's *verbalization of negative and positive emotions* in *SISC-INTER-RC* system). An additional and recommendable test for reliability would be the coding of sessions with different therapists and clients participating, with coding also being done by observers who did not participate in the development process. This would make it possible to conclude that these instruments may be applied reliably and precisely by any observer and with all kinds of treatment sessions in which the cognitive restructuring technique or Socratic questioning are applied. Of course, progress is also required in the instruments' validation process, adding more conclusions on studies in the same direction to the previous ones to find out whether categories measure what are supposed to.
  
- One of the main points that needs addressing is increase the sample size to boost our results, analyzing a greater number of sessions in which this technique is applied by a greater number of behaviour therapists with more

clients, which would enable our conclusions to be generalized beyond these studies.

→ In the area of study of the cognitive restructuring technique:

- It would be of great interest to study the way psychologists from different psychotherapeutic orientations apply this technique and thus discover whether the procedure is always the same as that found in this study, i. e. if the components of the technique are the same, if the psychologist's and the client's verbal behaviour is distributed equally in the different groups as a whole, and if, as hypothesized, during the Socratic questioning the same kind of interaction sequences occur between therapist and client when it is applied effectively or not. Related to this last point, it would be very important to perform controlled studies to test whether different groups of therapists, some of them trained and others not trained in the application of the Socratic questioning based on the shaping model, apply this procedure with the same or different effectiveness and/or efficiency.
- Another interesting line of research would be to try and find different phases in the application of the debate, so we could find typical behavioural sequences in each of them in relation to the effectiveness reached, that could confirm the trends suggested in preliminary research by our group (Froján, Calero et al., 2007, 2009b) and be useful as a more detailed guide for the therapist's behaviour during the application of the restructuring component. The study of the variation in sequences across time would be accomplished by means of the analysis of *stationarity* within sequential analysis (Quera, 1993).
- In relation to the last point, it would be useful to find out whether there are differences in the variants of the categories *reinforcement function*,

*punishment function*, *discriminative function* and *preparation function* that are used by the psychologist at different moments of the effective application of the Socratic questioning, because we may be able to find specific relations by phases that are masked in a global analysis of the therapeutic procedure.

- Bearing in mind the leading role of psychologist's questions in the Socratic questioning procedure and in an attempt to shed light on this issue, completely forgotten in processes research and particularly confusing for clinical psychologists (James y Morse, 2007), we believe it is crucial to analyze the specific contents of the questions used in the successful debates to find out whether there is an optimum sequence to connect these kinds of questions throughout the application of the Socratic questioning. That is, would it be better to start, for example, with questions on empirical proofs about the client's verbalizations or about the logic that led him to these conclusions or about their utility? Empirical data and not only clinical suggestions based on experience are needed.
  
- Moreover, it is important to study the role of the so-called *preparation functions* in detail during the development of the Socratic questioning. Would it be correct to conceptualize them as establishing operations (Michael, 1982, 1993) due to their capacity for altering other stimuli's functions and influencing the following behaviour's frequency? Would it be more appropriate to understand that the psychologist simply models alternative verbalizations in the client? Added to the need to clarify theoretically the role of these psychologist's verbal behaviour categories, using controlled studies, as proposed by Ellis (2003), would be useful to test whether using them before *discriminative functions* would really lead to an improvement in the effectiveness of the Socratic questioning procedure, as suggested by these results; it would also be interesting to investigate which sort of *preparing functions* are preferred.

- It would also be interesting to conduct an in-depth analysis into the kind of tasks proposed as a complement of Socratic questioning or, in general, at any moment during the application of cognitive restructuring, to find out which is the best way to propose them to the client and which are the most beneficial, obtaining some kind of measure of the extent to which it favours clinical change.

In summary, it could be concluded that there is a long way to go in the study of this technique but, comparing the present state with the starting point, it could also be inferred that we have already come a long way. We hope we have contributed to reducing the distance between clinical practice and research and that this may mean a higher quality professional practice in the future to improve the treatment offered to people needing psychological help and requiring the application of the cognitive restructuring technique.



**PARTE 3:**

**REFERENCIAS**



- Adams, H. E. (2000). Behavior Therapy. En A. E. Kazdin, (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 2, pp. 394-396). Nueva York: Oxford University Press.
- Alcázar, A. I. R., Sánchez, J., Gómez, A. y Marín, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1310-1325.
- American Psychological Association Practice Directorate (2003). *PracticeNet survey: Clinical practice patterns*. Obtenido el 14 de febrero de 2009 de: <http://www.apapracticenet.net/results.asp>
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1991). Panorama actual de la modificación de conducta. Ensayo de unificación. *Análisis y Modificación de Conducta, 17*, 705-727.
- Anguera, M. T. (1985). *Metodología de la observación en las ciencias humanas* (3ª ed.). Madrid: Cátedra.
- Antona, C. J., García-López, L., Yela, J. R., Gómez-Gómez, M. A., Salgado, A., Delgado, C., et al. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual, 14*, 183-200.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Arnkoff, D. B. (1986). A comparison of the coping and restructuring components of cognitive restructuring. *Cognitive Therapy & Research, 10*, 147-158.
- Arnkoff, D. B. y Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. En D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, et al. (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 657-694). Washington, DC, U.S.: American Psychological Association.
- Bados, A. (1996). La técnica de la reestructuración cognitiva. En J. M. Alberca y C. Prieto (Comps.), *Manual práctico de psicología clínica y de la salud* (pp. 15-48). Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos.
- Bados, A. (2008). Terapia cognitiva de Beck. En F. J. Labrador (Coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 517-533). Madrid: Pirámide.
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H. T. Reis, y C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., Adamson, L. B. y Strisik, P. (1995). Lags and Logs: Statistical Approaches to Interaction (SPSS version). En J. M. Gottman (Ed.), *The Analysis of Change* (pp. 279-308). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bakeman, R. y Gottman, J. M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 1986)
- Bakeman, R. y Gottman, J. M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis* (2ª ed.). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1995). *Analyzing Interaction: Sequential Analysis with SDIS and GSEQ*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., Quera, V., McArthur, D. y Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods, 2*, 357-370.
- Bandura, A. (1975). Análisis del aprendizaje social de la agresión. En A. Bandura y E. Ribes (Eds.), *Modificación de conducta. Análisis de la agresión y de la delincuencia* (pp. 307-347). México: Trillas.

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ, U.S.: Prentice-Hall.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C. y Nelson, R. O. (1984). *The scientific practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings*. Elmsford, NY, U.S.: Pergamon Press.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C. y Roche, B. (2001). The (not so) strange death of stimulus equivalence. *European Journal of Behavior Analysis*, 2, 35-42.
- Barraca, J. (2006). Las terapias conductuales de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 145-157.
- Bas, F. (1981). Las terapias cognitivo-conductuales. Una revisión. *Estudios de psicología*, 7, 92-114.
- Bas, F. (1992). Las terapias cognitivo-conductuales: una segunda revisión crítica. *Clínica y Salud*, 3, 117-150.
- Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? *Anuario de Psicología*, 30/31, 127-147.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. Nueva York: Harper Collins.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. et al. (2003). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. y Grant, P. (2008). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1979)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: the case of automatic thought records and behavioural experiments. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, 261-277.
- Berk, R. A. (1979). Generalizability of behavioral observations: A clarification of interobserver agreement and interobserver reliability. *American Journal of Mental Deficiency*, 83, 460-472.
- Bernard, M. E. (1991). *Using rational-emotive therapy effectively: A practitioner's guide*. Nueva York: Plenum Press.
- Bernstein, D. A. y Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 1980)
- Bhar, S. S., Gelfand, L. A., Schmid, S. P., Gallop, R., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., et al. (2008). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 110, 161-166.
- Bishop, W. y Fish, J. M. (1999). Questions as interventions: Perceptions of Socratic, solution-focused, and diagnostic questioning styles. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 17, 115-140.

- Borkovec, T. D. y Roemer, L. (1994). Generalized anxiety disorder. En R. T. Ammerman y M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 261-281). Nueva York: Plenum Press.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Brestan, E. V. y Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- 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)
- Carey, T. A. y Mullan, R. J. (2004). What is Socratic Questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 217-226.
- Carey, T. A. y Mullan, R. J. (2007). Socratic questioning in psychotherapy: A history of crossed purposes. *Counselling Psychology Review*, 22(4), 20-27.
- Caro, I. (1993). Un análisis de los Modos de Respuesta de clientes y terapeutas: La terapia lingüística de evaluación a través de los Modos de Respuesta Verbal. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 265-294). Valencia: Promolibro.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (2004). The way we were, the way we are: cultural evolution of cognitive therapy. *Behavior Therapist*, 27, 89-98.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carpintero, H. (1996). *Historia de las ideas psicológicas*. Madrid: Pirámide.
- Carrasco, I. (1999). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 667-709). Madrid: Pirámide.
- Carrasco, I. y Espinar, I. (2008). Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva. En F. J. Labrador (Coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 499-516). Madrid: Pirámide.
- Carrobbles, J. A. (1985). La intervención en modificación de conducta (primera unidad didáctica). En J. A. Carrobbles (Ed.), *Análisis y modificación de conducta II: Aplicaciones clínicas* (Vol. 1, pp. 5-126). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Catania, A. C. (1989). Rules as classes of verbal behaviour: A reply to Glenn. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 49-50.
- Catania, A.C. (1992). *Learning* (3ª ed.). Englewood Cliffs, NJ, U. S.: Prentice Hall.
- Catania, A. C., Matthews, B. A. y Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: interactions with non-verbal responding. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 38, 233-248.
- Chambless D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnston, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-18.
- Chomsky, N. (1959). Review of B. F. Skinner's Verbal Behaviour. *Language*, 35, 26-58.

- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Levinson, J. y Barber, J. (2003). Flexibility in manual-based psychotherapies: Predictors of therapist interventions in interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 169-185.
- Cooper, P. J. y Steere, J. (1995). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: Implications for models of maintenance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 875-885.
- Craighead, L. W., Kazdin, A. E. y Mahoney, M. (1981). *Modificación de conducta. Principios, técnicas y aplicaciones*. Barcelona: Omega. (Trabajo original publicado en 1976)
- Cruzado, J. A., Labrador, F. J. y Muñoz, M. (1993). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Madrid: Pirámide.
- D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 32, 47-51.
- Degotardi, P. J., Klass, E. S., Rosenberg, B. S., Fox, D. G., Gallelli, K. A. y Gottlieb, B. S. (2006). Development and evaluation of a cognitive-behavioral intervention for juvenile fibromyalgia. *Journal of Pediatric Psychology* 31, 714-723.
- Delprato, D. J. (1995). Interbehavioral psychology: critical, systematic, and integrative approach to clinical services. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behaviour therapy. Exploring behavior change* (pp. 609-636). Washington, DC, U.S.: American Psychological Association.
- DeRubeis, R. J., Tang, T. Z. y Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp- 349-392). Londres: Guilford Press.
- Dimidjian, S., Dobson, K. S., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., Markley, D. K., Atkins, D. C., et al. (2006). Randomized trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Dobson, K. S., Dimidjian, S., Kohlenberg, R. J., Rizvi, S. L., Hollon, S. D., Schmaling, K. B., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- Dougher, M. J. (1993). Clinical Behavior Analysis. Introduction. *The Behavior Analyst*, 16, 269-270.
- Dowd, E. T. (2006). What changes in cognitive therapy? The role of tacit knowledge structures. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6, 141-148.
- Dryden, W., DiGiuseppe, R. y Neenan, M. (2003). *A primer on rational emotive behavior therapy*. Champaign, IL, U.S.: Research Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Modificación de conducta y psicología clínica*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Ellis, A. (1970). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1962)
- Ellis, A. (1988). *The Treatment of Borderline and Psychotic Individuals*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1993). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational-emotive behavior therapy (REBT). *Behavior Therapist*, 16, 257-258.

- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. Nueva York: Birch Lane.
- Ellis, A. (1997). *REBT with obsessive-compulsive disorder*. En J. Yankura y W. Dryden. (Eds.), *Using REBT with common psychological problems: A therapist's casebook* (pp. 197-222). Nueva York: Springer.
- Ellis, A. (2000). *How to control your anxiety before it controls you*. Nueva York: Citadel.
- Ellis, A. (2001). *How to stop destroying your relationships*. Nueva York: Citadel.
- Ellis, A. (2003). Similarities and Differences Between Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, 225-240.
- Ellis, A. (2004). *Sex without guilt in the twenty-first century*. Nueva York: Barricade.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1989). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 1). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1977)
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1986)
- Ellis, A. y Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ, U.S.: Prentice-Hall.
- Ellis, A., y MacLaren, C. (2004). *Las relaciones con los demás. Terapia del comportamiento emotivo racional. Manual del terapeuta*. Barcelona: Editorial Océano. (Trabajo original publicado en 1998)
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. y Martin, I. (1987). *Theoretical foundations of behavior therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Eysenck, H. J. y Rachman, S. (1965). *The causes and cures of neurosis: An introduction to modern behavior therapy based on learning theory and the principles of conditioning*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Feixas, G. y Neimeyer, R. (1991). La perspectiva constructivista: un marco integrador para la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 30, 7-33.
- Fernández, A. y Ferro, R. (2006). Psicoterapia analítico-funcional: Una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 203-229.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobes, J. A. (1981). Evaluación versus tratamiento. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.), *Evaluación conductual* (pp. 127-154). Madrid: Pirámide.
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19, 452-458.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- 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.
- Forsyth, J. P. (1997). In the name of the "advancement" of Behavior Therapy: Is it all in a name? *Behavior Therapy*, 28, 615-627.
- Franks, C. M. (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Franks, C. M. (1991). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 3-26). Madrid: Siglo XXI.

- Franks, C. M. (1997a). Adventures in Flatland. Commentary on Back to the Future. The continued relevance of Behavior Therapy to Modern Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 28, 415-417.
- Franks, C. M. (1997b). It was the best of times, it was the worst of times. *Behavior Therapy*, 28, 389-396.
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 595-613.
- Froján, M. X. (1999). *Proyecto docente: Técnicas de Intervención y Tratamiento Psicológico*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Froján, M. X., Calero, A., y Montaña, M. (2007). Procesos de aprendizaje en las técnicas de reestructuración semántica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 287-305.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2009a). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates: A case study. *Psychotherapy Research*, 19, 30-41.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2009b). *Study of Socratic method during cognitive restructuring technique*. Manuscrito enviado para publicación.
- Froján, M. X., Montaña, M. y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803.
- Froján, M. X., Montaña, M. y Calero, A. (2007). Why do people change in therapy? A preliminary study. *Psychology in Spain*, 11, 53-60.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón, A. y Ruiz, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.
- Frommberger, U., Stieglitz, R., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J., et al. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 19-23.
- Garfield, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169-201). Nueva York: Basic Books.
- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L. y Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224-239.
- Glenn, S. S. (1987). Rules as environmental events. *The Analysis of Verbal Behavior*, 5, 29-32.
- Glenn, S. S. (1989). On rules and rule-governed behaviour: a reply to Catania's reply. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 51-52.
- Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228-234.
- Goldfried, M. R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. Nueva York: Springer.
- Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1975). Importance of hierarchy content in the self-control of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 124-134.
- Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1993). Métodos de cambio cognitivo. En F.H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (pp. 123-165). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1986)
- Gonçalves, O. F. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 105-126.

- Gonçalves, O. F. (1995). Hermeneutics, constructivism, and cognitive-behavioral therapies: From the object to the project. En R. A. Neimeyer, A. Robert y M. J. Mahoney (1995). *Constructivism in psychotherapy* (pp. 195-230). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- González, J. E., Nelson, J. R., Gutkin, T. B., Saunders, A., Galloway, A. y Shwery, C. S. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 222-235.
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V. y Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*. Nueva York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. y Liotti, A. G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Haaga, D. A. F. (2007). Could we speed this up? Accelerating progress in research on mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Clinical Psychology-Science: Science and Practice*, 14, 240-243.
- Haaga, D. A. F. y Davison, G. C. (1993). An appraisal of racional-emotive therapy. En M. Mahoney (Ed.), *Theoretical developments in the cognitive psychotherapies [Número especial]*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 215-220.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behaviour in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.
- Harvey, L., Inglis, S. J. y Espie, C. A. (2002). Insomniacs' reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 75-83.
- Haubert, L. C. y Dobson, K. S. (2007). Treatment of depression and mechanisms of change: Strengthening the links among theory, research, and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 247-251.
- Hawkins, R. P. (1997). Can Behavior Therapy be saved from triviality? Commentary on "Thirty years of Behavior Therapy". *Behavior Therapy*, 28, 637-645.
- Hayes, L. J. y Fredericks, D. W. (1999). Interbehaviorism and interbehavioral psychology. En W. O'Donohue y R. F. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism* (pp. 71-96). Nueva York: Academic Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., 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., Brownstein, A. J., Haas, J. R. y Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule-controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 46, 137-147.
- Hayes, S. C., Follette, W. C. y Follette, V. M. (1995). Behavior therapy: a contextual approach. En A. S. Gurman y S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies. Theory and practice* (pp. 128-181). Nueva York: Guilford Press.

- Hayes, S. C. y Hayes, L. J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 153-190). Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Zettle, R. D. y Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 191-220). Nueva York: Plenum Press.
- Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- 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.
- Hill, C. E. y Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcome. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5ª ed., pp. 84-135). Nueva York: John Wiley.
- Hill, C. E., Nutt, E. A. y Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: samples, measures, researchers and classic publications. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 364-377.
- Hollon, S. N, Evans, M. D., Auerbach, A., DeRubeis, R. J., Elkin, I, Lowery, A. et al. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression: Differentiating cognitive therapy, interpersonal psychotherapy, and clinical management pharmacotherapy*. Unpublished manuscript.
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1997). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and practice*, 8, 255-270.
- James, I. A. y Morse, R. (2007). The use of questions in Cognitive Behavior Therapy: Identification of question type, function and structure. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 507-511.
- Jarrett, R. y Nelson, R. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy*, 18, 227-241.
- Jarret, R. B., Vittengl, J. R., Doyle, K. y Clark, L. A. (2007). Changes in cognitive content during and following cognitive therapy for recurrent depression: Substantial and enduring, but not predictive of change in depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 432-446.

- Johansson, P. y Hoglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *14*, 1-9.
- Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: the case of Peter. *Pedagogical Seminary*, *31*, 308-315.
- Kahng, S. W. e Iwata, B. A. (1998). Computerized systems for collecting real-time observational data. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *31*, 253-261.
- Kanfer, F. H. y Hagerman, S. M. (1985). Behavior therapy and the information processing paradigm. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 3-33). Nueva York: Academic Press.
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and status*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1974). Análisis conductual. En T. Millon (Ed.), *Psicopatología y personalidad* (pp. 285-295). México: Nueva Editorial Interamericana. (Trabajo original publicado en 1965)
- Kantor, J. R. (1959). *Interbehavioral Psychology: A sample of scientific science construction*. Bloomington, IN, U.S.: Principia Press.
- Karpiak, C. P. y Benjamin, L. S. (2004). Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: two sequential analytic studies. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 659-676.
- Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1978)
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1-27.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based treatments and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, *63*, 146-159.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Kennerley, H. (2007). *Socratic Method*. Oxford, Inglaterra: Oxford Cognitive Therapy Centre Essential Guides.
- Knapp, T. J. (1989). In Memorium: Willard F. Day, Jr. *The Analysis of Verbal Behavior*, *7*, 1-2.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, *16*, 271-282.
- 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, DC, U.S.: American Psychological Association.
- Krasner, L. y Ullmann, L. P. (1965). *Research in Behavior Modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Labrador, F. J. (1990). Aspectos básicos de la modificación de conducta. En M. A. Vallejo, E. G. Fernández-Abascal y F. J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos* (pp. 3-84). Madrid: TEA.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lam, D. C. K. y Gale, J. (2004). Cognitive behaviour therapy: an evidence-based clinical framework for working with dysfunctional thoughts. *Counselling Psychology Quarterly*, *17*(1), 53-67.

- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapist. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). Nueva York: Basic Books.
- Landfield, A. W. (1987). Psicoterapia de los constructos personales: Una construcción personal. En A. W. Landfield y L. M. Steiner (Eds.), *Psicología de los constructos personales* (pp. 141-160). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1980)
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Laurenceau, J., Hayes, A. M. y Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27, 682-695.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw Hill.
- Lazarus, A. A. (1977). Has behavior therapy outlived its usefulness?. *American Psychologist*, 32, 550-554.
- Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy. The multimodal way*. Nueva York: Springer.
- Lega, L. I. (1991). La terapia racional-emotiva: una conversación con Albert Ellis. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 475-492). Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- León, O. G. y Montero, I. (1997). Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewinsohn, P. M. y Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Llewelyn, S. y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Longmore, R. J. y Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Luciano, M. C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351-374.
- Luciano, M. C., Barnes-Holmes, Y. y Barnes-Holmes, D. (2002). Establishing reports of saying and doing and discriminations of say-do relations. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 406-421.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27, 79-91.
- Maciá, D., Méndez, F. X. y Olivares, J. (1993). Técnicas de reestructuración cognitiva. En D. Maciá, F. X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico* (pp. 377-396). Valencia: Promolibro.
- MacLin, O. H y MacLin, M. K. (2005). Coding observational data: a software solution. *Behavior Research Methods*, 37, 224-231.
- Mahoney, M. J. (1977). Personal science: a cognitive learning therapy. En A. Ellis y Grieger R. (Eds), *Handbook of Rational-Emotive Therapy* (pp. 352-366). Nueva York: Springer.

- Mahoney, M. J. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1974)
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. Nueva York: BasicBooks.
- Mahoney, M. J. (1993). Introduction to special section: theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 187-193.
- Mahoney, M. J. (1995). Continuing evolution of the cognitive sciences and psychotherapies. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 39-67). Washington, DC, U.S.: American Psychological Association.
- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª ed., pp. 689-722). Nueva York: Wiley.
- Mahoney, M. J. y Gabriel, T. (1987). Psychotherapy and the cognitive science: An evolving Alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *1*, 39-59.
- Malik, M. L., Beutler, L. E., Alimohamed, S., Gallagher-Thompson, D. y Thompson, L. (2003). Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 150-158.
- Malott, R. W. (1989). The achievement of evasive goals: control by rules describing contingencies that are not direct acting. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 269-322). Nueva York: Plenum Press.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 44-49.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Nueva York: W. W. Norton.
- Martin, D. G. (1971). *Learning-based client-centered therapy*. Belmont : Brooks/Cole.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (Ed. rev.). Madrid: Pearson Education. (Trabajo original publicado en 2007)
- Martínez, F. H. (1991). Conducta verbal: ¿una teoría o una extensión?. *Apuntes de Psicología*, *33*, 83-95.
- Matthews, B. A., Catania, A. C. y Shimoff, E. (1985). Effects of uninstructed verbal behaviour on non verbal responding: contingency descriptions versus performance descriptions. *Journal of the experimental analysis of behavior*, *43*, 155-164.
- Matthews, B. A., Shimoff, E., Catania, A. C. y Sagvolden, T. (1977). Uninstructed human reponding: sensitivity to ratio and interval contingencies. *Journal of the experimental analysis of behavior*, *27*, 453-467.
- Mayor, J. y Labrador, F. J. (1984). Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 9-92). Madrid: Alhambra.
- McCullough, J. R., Jr. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Nueva York: The Guilford Press.
- McMullin, R. E. y Giles, T. R. (1981). *Cognitive behavior-therapy. A restructuring approach*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An intregrative approach*. Nueva York: Plenum Press.

- Meichenbaum, D. y Fong, G. T. (1993). How individuals control their own minds: A constructive narrative perspective. En D. M. Wegner y J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 473-489). Englewood Cliffs, NJ, U.S.: Prentice-Hall.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-483). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the experimental analysis of behaviour*, 37, 149-155.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- Montaño, M. (2008). *Estudio observacional de la conducta verbal del psicólogo para el análisis del proceso terapéutico*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Moreno, P. J., Méndez, F. X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: Una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12, 346-352.
- Muran, J., Safran, J., Samstag, L., Gorman, B., Twining, L. y Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 651-657.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (1998). *A guide to treatments that work* (1ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2002). *A guide to treatments that work* (2ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work* (3ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs in clinical practice. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 276-340). Londres: Academic Press.
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 221-234.
- Neimeyer, R. y Feixas, G. (1990). Constructivistic contribution to psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9, 4-20.
- Newman, B., Hemmes, N. S., Buffington, D. M. y Andreopoulos, S. (1994). The effects of schedules of reinforcement on instruction-following in human subjects with verbal and nonverbal stimuli. *The Analysis of Verbal Behavior*, 12, 31-41.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- O'Connor, K. P., Brault, M., Robillard, S., Loiselle, J., Borgeat, F. y Stip, E. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioural program for the management of chronic tic and habit disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 667-681.
- O'Donohue, W. T., Henderson, D. A., Hayes, S. C., Fisher, J. E. y Hayes, L. J. (2001). Introduction: A history of the behavioral therapies. En W. T. O'Donohue, D. A. Henderson, S. C. Hayes, J. E. Fisher y L. J. Hayes (Eds.), *A history of the behavioral therapies: Founders' personal histories*. Reno, NV, U.S.: Context Press.
- O'Donohue, W. y Kitchener, R. F. (Eds.). (1999). *Handbook of behaviorism*. Nueva York: Academic Press.
- O'Donohue, W. y Krasner, L. (Eds.). (1995). *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*. Washington, DC, U.S.: American Psychological Association.

- Oei, T. P. S., Bullbeck, K. y Campbell, J. M. (2006). Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, 231-241.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5ª ed., pp. 307-389). Nueva York: John Wiley.
- Overholser, J. C. (1988). Clinical utility of the Socratic method. En C. Stout (Ed.), *Annals of clinical research* (pp. 1-7). Des Plaines, IL, U.S.: Forest Institute.
- Overholser, J. C. (1993a). Elements of the socratic method: I. Systematic Questioning. *Psychotherapy*, 30, 67-74.
- Overholser, J. C. (1993b). Elements of the socratic method: II. Inductive Reasoning. *Psychotherapy*, 30, 75-85.
- Overholser, J. C. (1994). Elements of the socratic method: III. Universal definitions. *Psychotherapy*, 31, 286-292.
- Overholser, J. C. (1995). Elements of the socratic method: IV. Disavowal of knowledge. *Psychotherapy*, 32, 283-292.
- Overholser, J. C. (1996). Elements of the socratic method: V. Self-improvement. *Psychotherapy*, 33, 549-559.
- Overholser, J. C. (1999). Elements of the socratic method: VI. Promoting virtue in everyday life. *Psychotherapy*, 36, 137-145.
- Padesky, C. A. (1993, septiembre). *Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery?* Conferencia presentada en el European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Londres, Inglaterra.
- Padesky, C. A. y Beck, A. T. (2003). Science and Philosophy: Comparison of Cognitive Therapy and Rational Emotive Behavior Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, 211-224.
- Padesky, C. A. y Greenberg, D. (1995). *Clinician's Guide to Mind Over Mood*. Nueva York: Guilford Press.
- Pateman, T. (1999). Psychoanalysis and Socratic education. En S. Appel (Ed.), *Psychoanalysis and pedagogy* (pp. 45-51). Westport, CT, U.S.: Bergin & Garvey.
- Pelechano, V. (1978). Formulación y panorama actual de la psicología de la modificación de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 4, 63-88.
- Pérez Álvarez, M. (1986). Ingenuidades sobre el impacto cognitivo en Modificación de Conducta. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 57-79.
- Pérez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 159-172.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual (AC): un nuevo acercamiento al tratamiento de la depresión. *Infocop*, 31, 41-43.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (I). Adultos* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.

- Pinillos, J. L. (1984). La conducta del modificador de conducta. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 1-8). Madrid: Alhambra.
- Poling, A. y LeSage, M. (1992). Rule-governed behaviour and human behavioural pharmacology: a brief commentary on an important topic. *The Analysis of Verbal Behavior*, 10, 37-44.
- Poppen, R. L. (1989). Some Clinical Implications of Rule-Governed Behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-357). Nueva York: Plenum Press.
- Quera, V. (1991). Muestreo y registro observacional. En M. T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Volumen I: Fundamentación* (pp. 241-327). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Quera, V. (1993). Análisis secuencial. En M. T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Volumen II: Fundamentación* (pp. 341-583). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Quera, V. (1997). Los métodos observacionales en la Etología. En F. Peláez y J. Veà (Eds.), *Etología. Bases biológicas de la conducta animal y humana* (pp. 43-83). Madrid: Pirámide.
- Ribes, E. (1990). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ringen, J. (1999). Radical behaviorism: B. F. Skinner's philosophy of science. En W. O'Donohue y R. F. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism* (pp. 159-178). Nueva York: Academic Press.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- 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, 300-312.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341-354.
- Safran, J. D. y Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Salsman, N. L. y Linehan, M. M. (2006). Dialectical-Behavioral Therapy for borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 13(5), 51-58.
- Salzinger, K. (1992). Cognitive Therapy: A misunderstanding of B.F. Skinner. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 3-8.
- Sánchez, J., Alcázar, A. I. R. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11, 641-654.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. y Hoogduin, K. (1993). The therapeutic relationship: The common factor in psychotherapy. En C. Schaap, I. Bennun, L. Schindler y K. Hoogduin (Eds.), *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy* (pp. 3-22). West Sussex, Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Schlinger, H. D. (1990). A reply to behaviour analysts writing about rules and rule-governed behaviour. *The Analysis of Verbal Behavior*, 8, 77-82.

- Schlinger, H. D. y Blakely, E. (1987). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10, 41-45.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: The Guilford Press.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta. Un modelo explicativo* (2ª ed.). Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 2000)
- Shimoff, E. Catania, A. C. y Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 36, 207-220.
- Shimoff, E., Matthews, B. A. y Catania, A. C. y (1986). Human operant performance: sensitivity and pseudosensitivity to contingencies. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 46, 149-157.
- Sidman, M. y Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22.
- Silva, F. (1978). El análisis funcional de la conducta como disciplina diagnóstica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, 28-55.
- Silverman, A. H., Hains, A. A., Davies, W. H. y Parton, E. (2003). A cognitive behavioral adherence intervention for adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 119-127.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. En B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: research, method and theory* (pp. 225-257). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Skinner, B. F. (1979). Análisis operante. En B. F. Skinner, *Contingencias de reforzamiento. Un análisis teórico* (pp. 128-159). México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1969)
- Skinner, B. F. (1981). *Conducta verbal*. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1957)
- Skordoulis, R. y Dawson, P. (2007). Reflective decisions: The use of Socratic dialogue in managing organizational change. *Management Decision*, 45, 991-1007.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Spirito, A. (Ed.). (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology [Número especial]. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(2).
- Spivack, G. y Shure, M. (1974). *Social adjustment of young children*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Staats, A. W. (1975). *Social behaviorism*. Homewood, IL, U.S.: Dorsey Press.
- Staats, A. W. (1983). *Aprendizaje, lenguaje y cognición*. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1967)

- Staats, A. W. (1995). Paradigmatic behaviorism and paradigmatic behavior therapy. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 659-694). Washington, DC, U.S.: American Psychological Association.
- Stiles, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. In R. L. Russell (Ed.), *Language in psychotherapy: Strategies of discovery* (pp. 131-170). Nueva York: Plenum Press.
- Stiles, W. B. y Shapiro, D. A. (1995). Verbal exchange structure of brief psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 15-27.
- Strunk, D. R. y DeRubeis, R. J. (2001). Cognitive therapy for depression: A review of its efficacy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 289-297.
- Suinn, R. M. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Szentagotai, A., David, D., Lupu, V. y Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy versus cognitive therapy versus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: Mechanisms of change analysis. *Psychotherapy*, 45, 523-538.
- Tang, T. Z. y DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- 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(1), 3-23.
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., McLean, P., Paterson, R. J. y Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. *Behavior Modification*, 21, 487-511.
- Terjesen, M. D., DiGiuseppe, R. y Gruner, P. (2000). A review of REBT research in alcohol abuse treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy. Special Issue: Cognitive-Behavioral Treatment of Addictions, Part I*, 18, 165-179.
- Tonneau, F. (2001). Equivalence relations: a critical analysis. *European Journal of Behavior Analysis*, 2, 1-33.
- Tonneau, F. (2004a). Book review: Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. *British Journal of Psychology*, 95, 265-268.
- Tonneau, F. (2004b). Verbal understanding and Pavlovian Processes. *The behavior analyst today*, 5, 158-169.
- Tonneau, F., Arreola, F. y Martínez, A. G. (2006). Function transformation without reinforcement. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 85, 393-405.
- Tortosa, F. (1980). La psicología actual a través de los "Psychological Abstracts". *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, 77-89.
- Tous, J. M. (1989). Antecedentes, naturaleza y desarrollo de la terapia cognitivo-conductual. *Boletín de Psicología*, 23, 17-48.
- Trijsburg, R. W. y Perry, J. C. (2004). An empirical study of the differences in interventions between psychodynamic therapy and cognitive-behavioural therapy for recurrent major depression. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, 325-345.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.

- Tryon, W. W. y Misurell, J. R. (2008). Dissonance induction and reduction: A possible principle and connectionist mechanism for why therapies are effective. *Clinical Psychology Review*, 28, 1297-1309.
- Turner, R. M. (1993). Dynamic cognitive-behavior therapy. En T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 437-454). Nueva York: Plenum Press.
- Tweed, R. G. y Lehman, D. R. (2003). Confucian and Socratic learning. *American Psychologist*, 58, 148-149.
- Ullmann, L. P. y Krasner, L. (1965). *Cases studies in behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Upper, D. y Cautela, J. R. (1977). *Covert Conditioning*. Oxford, Inglaterra: Pergamon Press.
- Varela, J. A. (2008). *Conceptos básicos del interconductismo*. México: Universidad de Guadalajara.
- Vaughan, M. (1987). Rule-governed behaviour and higher mental processes. En S. Modgil y C. Modgil (Eds.), *B. F. Skinner: Consensus and controversy* (pp. 257-264). Brighton, Inglaterra: Falmer Press (Taylor and Francis Group).
- Vaughan, M. (1989). Rule-governed behavior in behavior analysis: A theoretical and experimental history. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 97-118). Nueva York: Plenum Press.
- Vázquez, F. L. (2003). El estado de la cuestión de los enfoques en modificación de conducta. *Boletín de Psicología*, 78, 41-62.
- Watkins, C. E. (2000). Approaches. En A. E. Kazdin, (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 2, pp. 466-469). Nueva York: Oxford University Press.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1972). Condicionamiento de reacciones emocionales. En R. Ulrich, R. Stachnik y J. Mabry (Eds.), *Control de la conducta humana. La expansión del laboratorio conductual* (Vol. 1, pp. 125-131). México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1920)
- Weinberger, J. (1993). Common factors in psychotherapy. En G. Stricker y J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 43-56). Nueva York: Plenum Press.
- Weismann, A. N. y Beck, A. T. (1978, Agosto-septiembre). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Comunicación presentada en la 86<sup>th</sup> Annual Convention de la APA, Toronto, Ontario, Canadá.
- Wessler, R. L. y Hankin-Wessler, S. (1991). La terapia de valoración cognitiva. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 555-579). Madrid: Siglo XXI.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.
- 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. y Franks, C. M. (1982). *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations*. Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C. y Gifford, E. V. (1997). Cognition in behavior therapy: agreements and differences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 53-63.

- 
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA, U.S.: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon.
- Wolpe, J. (1997). Thirty Years of Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 28, 633-635.
- Wolpe, J. y Lazarus, A. A. (1966). *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. Nueva York: Pergamon Press.
- Yates, A. J. (1973). *Terapia del comportamiento*. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1970)
- Young, J. y Beck, A. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating manual*. Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, Philadelphia, PA, U.S.
- Zettle, R. D. (1990). Rule-governed behavior: a radical behavioural answer to the cognitive challenge. *The Psychological Record*, 40, 41-49.
- Zettle, R. D. y Hayes, S. C. (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Report*, 61, 939-953.

# **ANEXOS**



**ANEXO I:**

***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. \_\_\_\_\_



## **ANEXO II:**

***Sistema de categorización para el estudio  
de la interacción terapeuta-cliente durante  
la aplicación de la reestructuración cognitiva  
(SISC-INTER-RC)***



**SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA  
INTERACCIÓN TERAPEUTA-CLIENTE DURANTE LA APLICACIÓN  
DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (SISC-INTER-RC)**

**Índice de contenidos**

<b>I. Breve introducción a SISC-INTER-RC.....</b>	<b>3</b>
<b>II. Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta para el estudio de la reestructuración cognitiva (SISC-CVT-RC).....</b>	<b>4</b>
1. Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT)	4
1.1 Breve definición de las categorías incluidas .....	4
1.2 Comentarios generales .....	5
<i>Conducta a categorizar.....</i>	<i>5</i>
<i>Criterios generales de categorización .....</i>	<i>5</i>
<i>Tipos de categorías .....</i>	<i>6</i>
<i>Registro de las categorías estado y las categorías evento.....</i>	<i>6</i>
1.3 Criterios específicos de categorización .....	7
<i>Función discriminativa .....</i>	<i>7</i>
<i>Función evocadora.....</i>	<i>13</i>
<i>Función de refuerzo.....</i>	<i>15</i>
<i>Función de castigo.....</i>	<i>18</i>
<i>Función informativa.....</i>	<i>20</i>
<i>Función motivadora.....</i>	<i>24</i>
<i>Función instruccional.....</i>	<i>26</i>
<i>Otras.....</i>	<i>27</i>
<i>Un caso especial: cuando es el cliente el que adopta un papel más directivo en la interacción.....</i>	<i>29</i>
2. Adaptación de SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva.....	31
2.1 Esquema de categorías y variantes de las mismas.....	31
2.2 Comentarios generales.....	32
<i>¿Qué son los modificadores?.....</i>	<i>32</i>
<i>Conducta a categorizar.....</i>	<i>32</i>
<i>Criterios generales de categorización.....</i>	<i>32</i>
<i>Tipos de categorías .....</i>	<i>33</i>
<i>Registro de las categorías estado y las categorías evento.....</i>	<i>33</i>
2.3 Criterios específicos de categorización.....	34
<i>Función discriminativa .....</i>	<i>34</i>
<i>Función discriminativa. Modificador “Indicando” o “Sin indicar” .....</i>	<i>37</i>
<i>Función discriminativa. Modificador “Conversacional” .....</i>	<i>38</i>
<i>Función discriminativa. Modificador “Fallida” .....</i>	<i>40</i>
<i>Función discriminativa. Modificador “Otras” .....</i>	<i>41</i>
<i>Función evocadora.....</i>	<i>42</i>
<i>Función de refuerzo.....</i>	<i>42</i>
<i>Función de refuerzo. Modificador “Conversacional” .....</i>	<i>45</i>
<i>Función de castigo.....</i>	<i>46</i>
<i>Funciones de refuerzo y de castigo. Modificadores “Bajo”, “Medio” y “Alto”.</i>	<i>48</i>
<i>Función de preparación. Modificador “Preparación del discriminativo” .....</i>	<i>49</i>

<i>Función de preparación. Modificador “Informativa”</i> .....	51
<i>Función de preparación. Modificador “Motivadora”</i> .....	52
<i>Función instruccional</i> .....	54
<i>Otras</i> .....	55
<b>III. Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente para el estudio de la reestructuración cognitiva (SISC-CVC-RC)</b>	<b>57</b>
1. Breve definición de las categorías incluidas .....	57
2. Comentarios generales .....	58
<i>Conducta a categorizar</i> .....	58
<i>Criterios generales de categorización</i> .....	58
<i>Tipos de categorías</i> .....	58
3. Criterios específicos de categorización .....	59
<i>Proporcionar información</i> .....	59
<i>Solicitar información</i> .....	59
<i>Mostrar aceptación</i> .....	59
<i>Mostrar desacuerdo</i> .....	61
<i>Mostrar aceptación y desacuerdo vs. Proporcionar información</i> .....	61
<i>Verbalización de emociones negativas</i> .....	68
<i>Verbalización de emociones positivas</i> .....	69
<i>Seguimiento de instrucciones</i> .....	70
<i>Otras</i> .....	70

## I. BREVE INTRODUCCIÓN A SISC-INTER-RC.

El *Sistema de categorización para el estudio de la interacción terapeuta-cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva (SISC-INTER-RC)* está compuesto por **dos conjuntos de acuerdos o subsistemas**:

- Uno para el registro de la conducta verbal del terapeuta: *Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta para el estudio de la reestructuración cognitiva (SISC-CVT-RC)*,
- Otro para el registro de la conducta verbal del cliente: *Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente para el estudio de la reestructuración cognitiva (SISC-CVC-RC)*.

Estos dos subsistemas permiten categorizar la conducta de terapeuta y de cliente durante el desarrollo de la terapia psicológica, en concreto, en los momentos en los que se aplica la técnica conocida como reestructuración cognitiva.

En el presente documento se presentan, por una parte y, en primer lugar, los acuerdos para el registro de la conducta verbal del terapeuta (*SISC-CVT-RC*) y, a continuación, se presentan los acuerdos para el registro de la conducta verbal del cliente (*SISC-CVC-RC*). Aunque ambos conjuntos de acuerdos se presentan de manera separada están íntimamente relacionados, pues ciertas decisiones para el registro del terapeuta dependen de la conducta manifestada por el cliente y viceversa.

El subsistema para la conducta verbal del terapeuta, *SISC-CVT-RC*, se presenta dividido en dos partes:

- a) El conjunto de acuerdos para el registro de la conducta verbal del psicólogo a lo largo de cualquier momento de la terapia psicológica (*Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta, SISC-CVT*).
- b) La adaptación del sistema *SISC-CVT* para el estudio de la conducta verbal del psicólogo durante los momentos específicos de la terapia en los que se aplica la técnica de reestructuración cognitiva.

Este segundo conjunto de acuerdos es, a diferencia del primero, específico para el registro de lo que ocurre durante la aplicación de la reestructuración cognitiva y consiste en modificaciones del primer conjunto de acuerdos, de modo que el estudio de esta técnica se pueda realizar de una manera más detallada. En el primer conjunto de acuerdos, *SISC-CVT*, se indica en todo momento cuáles de estos acuerdos se modifican para el estudio de la reestructuración cognitiva y se dirige al lector al apartado de la adaptación del *SISC-CVT* para el estudio de la reestructuración cognitiva para encontrar los acuerdos específicos al respecto.

El *Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente para el estudio de la reestructuración cognitiva (SISC-CVC-RC)* es específico para el análisis de la citada técnica de intervención psicológica y se presenta, por tanto, como un único conjunto de acuerdos.

## II. SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA PARA EL ESTUDIO DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (SISC-CVT-RC)

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

#### 1.1 Breve definición de las categorías incluidas.

- 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.
- 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.
- 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.
- Función informativa. (*Categoría estado*) Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.
- Función instruccional. (*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 anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico.
- Otras. (*Categoría evento*) Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

## 1.2 Comentarios generales.

- Conducta a categorizar. Únicamente se categorizará el comportamiento verbal del terapeuta, nunca la conducta no verbal aunque ésta pueda ser tomada en cuenta para decidir cómo codificar las verbalizaciones del clínico (*ver los criterios al respecto en la adaptación de SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva*).

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 (*ver los criterios al respecto en la adaptación de SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva*).

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.

- 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.

- Tipos de categorías. Las *categorías evento* serán aquellas para las que se registre únicamente su ocurrencia mientras que las *categorías estado* precisarán de la señalización del tiempo de inicio y finalización de la verbalización correspondiente.
- 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.

### 1.3 Criterios específicos de categorización.

#### *Función discriminativa:*

- 1.3.1 La ocurrencia de la categoría *Función discriminativa* se registrará al final de la verbalización codificada y no al principio de la misma.
- 1.3.2 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 de repetición de la verbalización previa del terapeuta porque ésta no ha sido entendida por el cliente, se registrará la categoría *Función discriminativa* ya que, 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”*

- 1.3.3 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 verbalización del psicólogo como *Función discriminativa* (la parte final de la verbalización del terapeuta se registrará como *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*)
- *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”*

- 1.3.4 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 el que el cliente comience a hablar aunque el terapeuta pueda seguir emitiendo su verbalización durante unos segundos más y superponiendo su voz a la del cliente.
- 1.3.5 Sólo se interrumpirá una *categoría estado* para marcar la ocurrencia de un comportamiento codificable como *Función discriminativa* 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).
- 1.3.6 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)
- *Cliente: “Sí, creo que lo he entendido”*

- 1.3.7 En los casos en los que, ante una verbalización del terapeuta con cualquier posible función, por ejemplo, *Función informativa*, el cliente emite verbalizaciones solamente de asentimiento ante lo que el psicólogo dice, no se considerarán las verbalizaciones previas del terapeuta como ejemplos de *Función discriminativa* sino que 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, entonces sí se interrumpirá la categoría estado y se marcará la secuencia *Función discriminativa-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)
- *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)

1.3.8 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 debería incluirse en la categoría *Función discriminativa* final, a no ser 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* (ver los criterios al respecto de la categoría *Función de preparación del discriminativo en la adaptación de SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva*).

1.3.9 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.

- 1.3.10 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)

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

Ejemplo:

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

- 1.3.12 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”*

- 1.3.13 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:* “Ya, si tengo razones...”
- *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 incluyen 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”

- 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 y esa 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”*

- 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”*

- 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”*

- 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”*

1.3.14 Dentro de la categoría *Discriminativo* creamos una subcategoría denominada *Discriminativo fallido* que recogerá los siguientes casos:

- El cliente interrumpe al psicólogo 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”

- El terapeuta presenta una posible verbalización categorizable como *Función discriminativa* (por ejemplo, una pregunta) y el cliente la ignora.

Ejemplo:

- *Psicólogo*: “Entonces, ¿conseguiste ir al cine con tu vecina?” (*Discriminativo fallido*)
- *Cliente*: (silencio)
- *Psicólogo*: “Decía que si al final fuiste con tu vecina al cine”

- El terapeuta se queda a medias en la presentación de una posible verbalización con *Función discriminativa*. En el caso de que se entienda el contenido de lo que el terapeuta quería decir y el cliente responda a ello, entonces no se registrará *Discriminativo fallido* sino que se marcará la categoría *Función discriminativa*.
- 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.

### ***Función evocadora:***

1.3.15 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 manifestado esa reacción emocional antes de la intervención del terapeuta, no se señalará la categoría *Función evocadora*.

1.3.16 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.

- 1.3.17 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 *Función evocadora* seguida de la categoría *Discriminativo fallido* (ver los criterios al respecto en la adaptación de SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva).
- 1.3.18 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.
- 1.3.19 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.
- 1.3.20 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 elicitar (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 instruccional*.
  - 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 instruccional*), 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.

- 1.3.21 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*.

***Función de refuerzo:***

- 1.3.22 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.
- 1.3.23 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.
- 1.3.24 Se registrará la ocurrencia de la categoría *Función de refuerzo* al inicio de la verbalización codificada y no al final de la misma.
- 1.3.25 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”

- 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”, consideraremos 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”*

- 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*.

1.3.26 Cuando, durante la presentación de una verbalización codificable como *Función informativa*, *Función motivadora* o *Función instruccional*, 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:

- 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)

- 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)

1.3.27 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 (*ver los criterios al respecto en la adaptación de SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva*).

1.3.28 Los recursos conversacionales con los que a menudo se introducen algunas verbalizaciones (“bueno, pero”, “claro, pero fíjate...”, “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 (*ver los criterios al respecto en la adaptación de SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva*).

Ejemplo:

- *Cliente: “Es que yo no voy a ser como su madre y le voy a hacer todo.”*
- *Psicólogo: “Por supuesto (Función de refuerzo), pero ahí tienes que entender que el cambio necesita un tiempo y él necesitará unos añitos para acostumbrarse a que tú no eres su madre y no le vas a hacer sus cosas”* (Función informativa)

Aunque el terapeuta logre 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 desaprobatorio 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*. El observador que registre dicha categoría en estos casos deberá especificar en el apartado de comentarios que se trata de un ejemplo del tipo aquí mencionado para tenerlo en cuenta en los análisis de las sesiones.

Ejemplo:

- *Cliente: “Si no es que a mí no me gusten los pimientos...”*
- *Psicólogo: “Claro, pero...” (Otras)*
- *Cliente: “... de hecho a mí 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)*

### ***Función de castigo:***

1.3.29 A 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.

1.3.30 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 instruccional*: 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*”.

1.3.31 El desacuerdo que pretende codificar la categoría *Función de castigo* puede reflejarse también en una verbalización explícita del terapeuta que trata de “cortar”, interrumpir, evitar que aparezcan, etc., ciertas verbalizaciones del cliente. Serían expresiones del tipo: “*Calla*”, “*Espera*”, “*Escúchame*”.

Ejemplo:

- *Cliente*: “*Eso me va a costar más*”
- *Psicólogo*: “*¡Espera! (\*) Para eso estoy yo.*”

(\*) Acompañado de un tono desaprobatorio.

1.3.32 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)

1.3.33 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: “Espera, para un momento (Función de castigo). 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: “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)*

1.3.34 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”).

1.3.35 En muchas ocasiones las categorías *Función de castigo* y *Función informativa* pueden confundirse. Para diferenciarlas, revísense los criterios comentados al respecto en el apartado correspondiente referido a la *Función informativa*.

***Función informativa:***

1.3.36 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).

1.3.37 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.

1.3.38 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”), habría que considerar cada ejemplo específico pero hay que tener en cuenta que verbalizaciones tan cortas pueden ser recursos conversacionales para introducir un tema más que verbalizaciones con una posible función informativa.

1.3.39 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

1.3.40 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)

- 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:

Ejemplo:

- *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)

- 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*

- 1.3.41 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 instruccional).*

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 instruccional)*

- 1.3.42 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*.

- 1.3.43 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.

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: “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)

### ***Función motivadora:***

- 1.3.44 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).
- 1.3.45 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)”*.

- 1.3.46 Podría haber dificultades para diferenciar las categorías *Función motivadora* y *Función instruccional* 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 instruccional* 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 instruccional) 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* (ver los criterios al respecto en la adaptación de SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo que tienes que hacer es dejar de pensarlo, así ya verás como te sientes mucho mejor (Función motivadora)”*

1.3.47 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)*

1.3.48 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”).

1.3.49 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.

1.3.50 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.

1.3.51 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 instruccional* habrá que atender a los acuerdos establecidos al respecto):

- ✓ Señalar al cliente 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*” (\*)
- ✓ 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 instruccional* (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.

### ***Función instruccional:***

- 1.3.52 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).
- 1.3.53 Se incluirá dentro de la categoría *Función instruccional* la especificación de las pautas que se desea que guíen la conducta del cliente fuera o dentro de sesión. Aparecerá sobre todo cuando el terapeuta 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.
- 1.3.54 Sólo se registrará la *Función instruccional* 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 instruccional a pesar de que pretenda promover cambios fuera de sesión).*

- 1.3.55 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 instruccional*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *“Vuelve a repetir esta semana el autorregistro que te propuse la semana pasada”*.

- 1.3.56 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 el cliente ha de estar inspirando o espirando durante el entrenamiento de la técnica se registrarán como *Función instruccional*
- Las verbalizaciones del terapeuta que indican lo que el cliente debe hacer a continuación se registrarán como *Función instruccional*. 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 instruccional + 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 instruccional*. Por ejemplo, cómo proceder durante la práctica de la respiración abdominal.

***Otras:***

- 1.3.57 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.

- 1.3.58 Esta categoría será una *categoría evento* cuya ocurrencia se registrará al final de la verbalización que pretenda codificar.

- 1.3.59 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”.

1.3.60 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, instruccional, 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 “instruccionales”, 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.”*

1.3.61 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*.

1.3.62 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.

***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:

1.3.63 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...”*

1.3.64 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 formules 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...”*

1.3.65 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)*

1.3.66 Función informativa, motivadora o instruccional 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 instruccional).*

## **2. ADAPTACIÓN DE SISC-CVT PARA EL ESTUDIO DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.**

### **2.1 Esquema de categorías y variantes de las mismas.**

A continuación se presenta el listado de categorías supraordenadas y las variantes de las mismas que se incluyen en la adaptación del subsistema SISC-CVT para el estudio de la reestructuración cognitiva.

- Función discriminativa:
  - Sin indicar la dirección deseada de la respuesta
  - Indicando la dirección deseada de la respuesta
  - Discriminativa conversacional
  - Discriminativa fallida
  - Discriminativa “otras”
  
- Función evocadora.
  
- Función de refuerzo:
  - Refuerzo conversacional
  - Bajo
  - Medio
  - Alto
  
- Función de castigo:
  - Bajo
  - Medio
  - Alto
  
- Función de preparación:
  - Preparación del discriminativo
  - Informativa
  - Motivadora
  
- Función instruccional
  
- Otras

## 2.2 Comentarios generales

- ¿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. No todas las categorías del comportamiento verbal del psicólogo cuentan con modificadores en esta adaptación del subsistema *SISC-CVT*.
- Conducta a categorizar. En general, se registrará sólo la conducta verbal del terapeuta. Para ello, en ocasiones habrá que tener en cuenta el comportamiento no verbal para entender el sentido de las palabras cuando éste modifique sustancialmente el significado de la parte verbal, por ejemplo, para entender una ironía. Sólo se tendrá en cuenta el comportamiento no verbal cuando claramente altere el significado del comportamiento verbal al que acompaña. 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”*

Cuando se habla durante la reestructuración de temas no terapéuticos, puesto que estas partes de la terapia no son estrictamente terapia, no se registrarán estos bloques enteros de diálogos. 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 concordancia interjueces 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 disminución “artificial” de la fiabilidad.

Se terminará de registrar, siempre, en cuanto se trate el tema de cuándo se van a ver en la siguiente cita. Ocurre que a veces, después de esto, se hace un resumen de tareas, etc., pero no se va a registrar en ningún caso.

- Criterios generales de categorización. 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 en principio eso es algo no terapéutico si no tenemos en cuenta la información del caso.

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

- Tipos de categorías. Al igual que en el subsistema *SISC-CVT*, 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* y, dentro de la *Función de preparación*, la *Preparación del discriminativo*. Las categorías que se registrarán como estado serán la *Función instruccional* y, dentro de la *Función de preparación*, la *Informativa* y la *Motivadora*.
- Registro de las categorías estado y las categorías evento. Será exactamente igual que en el subsistema *SISC-CVT*.

## 2.3 Criterios específicos de categorización

### *Función discriminativa:*

- 2.3.1 La categoría *Función discriminativa*, al igual que en *SISC-CVT*, se considera una *categoría evento* y la ocurrencia de la misma se registrará al final de la verbalización y no al principio de la misma. Se adoptan la mayor parte de los acuerdos incluidos en *SISC-CVT*, a los que se añaden los siguientes puntos. Para la *Función discriminativa* se han establecido cinco modificadores, que se explicarán en las siguientes páginas.
- 2.3.2 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:
- La última, en el caso de que todas las preguntas vayan dirigidas en una misma dirección, o
  - Aquella pregunta a la que el cliente responda, en los casos en los que las preguntas se refieran a contenidos distintos.
- 2.3.3 Sobre cuándo marcar la categoría *Función discriminativa* según si el cliente contesta o no, se añaden los siguientes acuerdos a los ya establecidos en el subsistema *SISC-CVT*:
- Si el terapeuta pregunta pero no hay respuesta verbal del cliente y no se puede ver una posible respuesta no verbal, no se marca la *Función discriminativa*.
  - Si el terapeuta pregunta primero y no vemos respuesta (*Función discriminativa fallida*) y luego pregunta una segunda vez si lo entiende, se marca ésta segunda como *Función discriminativa* aunque no se vea ninguna respuesta del cliente.
- 2.3.4 Sobre cuándo cortar una categoría estado del terapeuta por una intervención del cliente o una del terapeuta, habría que añadir lo siguiente a lo ya especificado en el subsistema *SISC-CVT*:
- Cuando se interrumpe una categoría estado con *Función de preparación informativa* o *motivadora* o con *Función instruccional* porque algún elemento del discurso del terapeuta discrimina una conducta por parte del cliente, el final del estado y la ocurrencia de la *Función discriminativa (conversacional)*, como se indicará más adelante) se marcan en el momento en el que el cliente comienza a hablar aunque el terapeuta pueda seguir hablando unos segundos más 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 pendientes de los posibles solapamientos de discursos en estos casos, pues podría ser

significativo que el cliente empiece sistemáticamente antes de que el terapeuta termine y conviene señalarlo.

- En medio de una verbalización categorizada como estado, si el cliente asiente diciendo algo como “ya”, “vale” y el psicólogo después introduce la continuación del 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* pero sí se interrumpirá el estado con la categoría *Función discriminativa conversacional* (ver más adelante los modificadores de la *Función discriminativa*), siguiendo los acuerdos incluidos en *SISC-CVT*: en el caso de la interrupción por parte del cliente de una categoría estado del terapeuta, hay casos en los que esta interrupción no es elaborada, pero el terapeuta cambia su discurso a raíz de ella. Muchas veces este cambio en el discurso se manifiesta simplemente en que el terapeuta dice “claro”, “ya”, que, si son de intensidad baja, no se podrían señalar como *Función de refuerzo* pero, puesto que la verbalización del cliente ha dado lugar a un cambio en el discurso del terapeuta, se señalará el final de la categoría estado previa del terapeuta y se añadirá la categoría evento *Función discriminativa conversacional*.
- Por otra parte, cuando el cliente dice algo elaborado en mitad de una verbalización del terapeuta categorizada como estado, también se interrumpirá dicho estado y se registrará la *Función discriminativa conversacional* en este momento de interrupción. Si después el terapeuta dice algo, como en el caso anterior, que se categorizaría en cuanto a su intensidad como *Función de refuerzo bajo*, entonces se entenderá como un enlace conversacional y no se registraría la categoría *Función de refuerzo* (ver más adelante los modificadores de la *Función de refuerzo* y de la *Función discriminativa*).
- Cuando al final de una verbalización del terapeuta categorizada como estado el terapeuta hace una pregunta explícita y el cliente contesta a la misma, ante lo cual el psicólogo contesta con una *Función de refuerzo bajo*: se señalaría la categoría *Función discriminativa* pero no la *Función de refuerzo*. Si el terapeuta hace una pregunta explícita y el cliente no contesta o no se ve su respuesta, no se marcaría *Función discriminativa*, excepto en los casos en los que después el terapeuta cambie su discurso y se entienda que el cliente sí ha contestado, tal como se explicó más arriba.

Ejemplos:

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

- *Psicólogo*: “Lo que te decía, que (...)”

- 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 y esta repetición incluye un verbo, no se interrumpiría el estado para marcar *Función discriminativa*.

Ejemplos:

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

- En los casos en los que hay una “interrupción” del cliente que es un asentimiento muy al final de la categoría estado del terapeuta e inmediatamente después el terapeuta termina y el cliente sigue, se seguirán los acuerdos incluidos en *SISC-CVT* sobre cuándo cortar una categoría estado: si la verbalización del cliente es no elaborada (como ocurre en el caso de los asentimientos verbales), entonces sólo se cortará el estado si la verbalización siguiente del terapeuta cambia a raíz de la verbalización del cliente.

2.3.5 ¿Cualquier verbalización que vaya entre interrogaciones se categorizará como *Función discriminativa* o se puede priorizar otra función que esté incluida en el contenido de la pregunta? Hay que analizar cada caso por separado pero, desde luego, la forma no puede llevarnos a decidir la “función” de una verbalización, no sólo en el caso de la *Función discriminativa* sino con cualquier otra categoría.

Un caso que da lugar a muchas dudas es cuando, en la reestructuración, el terapeuta le da al cliente un punto de vista alternativo pero en forma de pregunta, ¿cuál priorizamos de las dos categorías, la Función discriminativa o la Función de preparación informativa? Hay que ver cada ejemplo particular pero, si lo que se quiere es que el cliente conteste, entonces en general habría que señalar la categoría *Función discriminativa*.

Ejemplos:

- *Psicólogo*: “¿No crees que podrías pensar que él no te llamó porque estaba ocupado?” (Función discriminativa indicando, que aúna a la perfección la F. discriminativa con la F. de preparación informativa; ver más adelante los modificadores de la *Función discriminativa*).
- *Psicólogo*: “¿Pero se llevó tu curriculum?” (Función discriminativa sin indicar. La frase tiene un tono raro, que no es totalmente interrogativo, por lo que se podría entender como una afirmación. Aunque fuera tal el caso, parece que el terapeuta le está animando a responder).

En estos casos en los que el tono no es claramente de pregunta, parece que es difícil extraer una regla general, habría que ver cada caso, pero es fundamental que tengamos en cuenta:

- a) Si es un argumento claro que podría categorizarse como *Función de preparación informativa* y el tono de pregunta no es claro: *Función de preparación informativa* (y cuando el terapeuta se calla sería el discriminativo para que el cliente empiece a hablar, aunque esto no se registraría).
- b) Si es un comentario que difícilmente se entiende como *Función de preparación informativa* y el tono de pregunta no es claro: *Función discriminativa*.

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

- 2.3.6 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 realmente la pregunta indique la respuesta que quiere que el cliente dé a la misma.
- 2.3.7 Sólo se señalará el modificador “indicando” en aquellos casos en los que el psicólogo claramente añade una posible respuesta en la pregunta 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. No es que la pregunta indique el objetivo total o parcial de la reestructuración, sino que la pregunta indica la dirección de la respuesta a esta pregunta, sea un momento de evaluación o de debate propiamente dicho.

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 ser restringir la selección de la categoría *Función discriminativa* “indicando” para aquellos casos en que esta indicación quede clara.

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?”

2.3.8 Un caso particular de 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 justo después 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).

#### ***Función discriminativa. Modificador “Conversacional”:***

2.3.9 Se aplicará el modificador “conversacional” para determinadas verbalizaciones categorizadas como *Función discriminativa* que queremos diferenciar de las preguntas típicas de reestructuración cognitiva en las que el terapeuta pide opinión al cliente sobre ciertos temas persiguiendo un objetivo terapéutico (*Función discriminativa indicando o sin indicar*).

2.3.10 La *Función discriminativa conversacional*, por tanto, 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 de preparación 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. Por ejemplo, hay veces en que el cliente intenta hablar durante el discurso del terapeuta y éste “castiga” ese intento de interrumpir y después pregunta “*¿me entiendes?*”, para seguir con la misma categoría estado 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 de preparación 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 de preparación informativa).

Habría que diferenciar este caso de 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?*”. 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, 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 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*. 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 (porque a nivel no verbal se puede entender o incluso a nivel verbal, pues dice algo como “...y...”). En caso de que esto no sea así, no se considerará interrupción.

#### ***Función discriminativa. Modificador “Fallida”:***

- 2.3.11 Para este modificador de la categoría *Función discriminativa* se adoptan los mismos acuerdos que para la subcategoría *Discriminativo fallido* en el subsistema *SISC-CVT*.
- 2.3.12 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 claramente para y espera una respuesta del cliente y, de hecho, 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*.
- 2.3.13 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”, pero en las preguntas abiertas en las que sólo haya un cabeceo por respuesta, creemos que sí habría 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: <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 es 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) Como se indica en el punto 2.3.4 de esta adaptación del subsistema *SISC-CVT*, 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 escuchamos 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.

***Función discriminativa. Modificador “Otras”:***

2.3.14 Cuando el terapeuta le pide al cliente que haga una tarea dentro de la sesión, esto se registrará con la categoría *Función instruccional*. Sin embargo, cuando le pide que haga algo no terapéutico, esto se registrará con la categoría *Función discriminativa*, modificador “otras”. Por ejemplo, cuando el terapeuta le pide al cliente que se salga de la sala o que le acerque algún objeto.

- 2.3.15 También se señalará el modificador “otras” en las verbalizaciones categorizadas como *Función discriminativa* y que no cumplen los criterios de ninguno de los otros modificadores.

***Función evocadora:***

- 2.3.16 Consideraremos esta categoría como una *categoría evento*, por lo que se señalará su ocurrencia y no su duración, y se registrará en el momento que se elicite la respuesta en el cliente.
- 2.3.17 Se adoptan todos los acuerdos sobre esta categoría incluidos en el subsistema *SISC-CVT*, con la excepción de que cuando se cumplan los criterios para las *Funciones evocadora* y *discriminativa* al mismo tiempo, se priorizará el registro de la *Función evocadora* y nunca se registrarán ambas categorías para una misma verbalización.

***Función de refuerzo:***

- 2.3.18 La categoría *Función de refuerzo*, al igual que en *SISC-CVT*, se considera una *categoría evento* y la ocurrencia de la misma se registrará al principio de la verbalización. Se adoptan la mayor parte de los acuerdos incluidos en *SISC-CVT*, a los que se añaden los siguientes puntos. 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.
- 2.3.19 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 de preparación informativa)*

2.3.20 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 de preparación informativa*.

2.3.21 Los enlaces conversacionales que se confunden con posibles refuerzos (“claro”, “pero”, etc.) dan lugar a muchos desacuerdos. Para intentar solucionarlo, se hacen los siguientes acuerdos:

- En el caso de que se dé uno de estos “enlaces conversacionales” al principio de una *categoría estado*: nunca se considerarán como refuerzos los enlaces conversacionales que entren en la categoría *Función de refuerzo bajo* 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...”.
- 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)

- 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*” (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).*

2.3.22 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 de preparación informativa*, pero es difícil saber dónde cortarlo. Se acuerda que sólo habría que señalar *Función de preparación informativa* a partir de la explicación, que empezaría a partir de “*porque*” o una expresión similar, en su caso.

***Función de refuerzo. Modificador “Conversacional”:***

2.3.23 Se aplicará el modificador “conversacional” para aquellas verbalizaciones categorizadas como *Función de refuerzo* que tienen lugar mientras el cliente está hablando y se darían típicamente en los siguientes casos:

- a) 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.
- 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: “orgulloso” (Función de refuerzo conversacional)*
- *Cliente: “...orgulloso 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...”

***Función de castigo:***

- 2.3.24 La categoría *Función de castigo*, al igual que en *SISC-CVT*, se considera una categoría evento y la ocurrencia de la misma se registrará al principio de la verbalización. Se adoptan la mayor parte de los acuerdos incluidos en *SISC-CVT*, a los que se añaden los siguientes puntos. 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.
- 2.3.25 Cuando se señala la categoría *Función de castigo* es necesario que haya ocurrido una conducta del cliente susceptible de ser castigada inmediatamente antes.
- 2.3.26 Se marcará la categoría *Función de castigo* cuando haya un desacuerdo claro con el cliente. Con respecto a los momentos en que el terapeuta trata de cortar el discurso del cliente, sólo se marcará *Función de castigo* cuando se utilicen palabras 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”).

- 2.3.27 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 de preparación 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.
- 2.3.28 Hay casos en los que es difícil diferenciar entre las categorías *Función de castigo* y *Función discriminativa*, como los siguientes:

Ejemplos:

- *Psicólogo*: “*Vamos a ver* (*Función de castigo*). *Volvemos, recapitulemos*” (*Función discriminativa*).

- *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* (“Vamos a ver”, “No, ese sí dubitativo no me sirve”) y una segunda con *Función discriminativa* (“Volvemos, recapitulemos”, “Volvemos a empezar”). Estos casos son distintos de cuando el terapeuta añade sólo esta segunda parte (“Volvemos, recapitulemos”, “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.

2.3.29 En muchas ocasiones es difícil diferenciar entre las categorías *Función de castigo* y *Función de preparación informativa*. 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 de preparación 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 de preparación informativa*, no *Función de castigo*.

También en el caso de la *Función de refuerzo* se puede decir lo mismo: a veces con el refuerzo damos una pequeña información pero, si destaca la *Función de refuerzo*, se señala sólo ésta. Por ejemplo, “¡Claro, eso lo hace todo el mundo!”.

Un ejemplo en el que se dan la *Función de castigo* y después la *Función de preparación informativa* es el siguiente:

- *Cliente: “Si sólo tuviera un sentido”*
- *Psicólogo: “Sólo hay uno (Función de castigo): el que está por encima de la norma (Función de preparación informativa)”*.

***Función de refuerzo y de castigo. Modificadores “Bajo”, “Medio” y “Alto”:***

2.3.30 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.
  - “Bien”
  - “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)
  
- ✓ *Función de refuerzo. Modificador “medio”:* se incluirán palabras o expresiones de aprobación más contundentes por su contenido.
  - “Muy 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”
  
- ✓ *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”
  - 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”.
  
- ✓ *Función de castigo. Modificador “bajo”:* se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación neutras por su contenido.
  - “No”
  - “Pues el que no lo pone así es David”
  - “Oye”
  - “Vamos a ver”, “Volvemos a empezar”
  - Las palabras para cortar el discurso (“espera”, “para”, “calla”, etc.), cuando consiguen el efecto buscado. Cuando van al inicio de frase, serán

*Función de castigo* y no enlace conversacional, por su matiz desaprobatorio.

- ✓ *Función de castigo. Modificador “medio”*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación más contundentes por su contenido.
  - “Volvemos a empezar”
  - “No, eso no es así”
  - “No, ese sí dubitativo no me sirve”
  - “Esto es lo mejor que acabo de oír en mi vida” (tono irónico)
- ✓ *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”

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.

### ***Función de preparación. Modificador “Preparación del discriminativo”:***

- 2.3.31 La función de preparación incluye las verbalizaciones del terapeuta que facilitan la emisión de una determinada respuesta por parte del cliente. En concreto, la *Preparación del discriminativo* hace referencia a las verbalizaciones del terapeuta que preceden a la *Función discriminativa* y aumentan la probabilidad de que tal función ocurra realmente, poniendo en lugar al cliente para que pueda contestar adecuadamente a este discriminativo. Esta *Función de preparación* se

registrará como *categoría evento* y se indicará al principio de la verbalización, mientras que la categoría *Función discriminativa* se indicará al final de la verbalización. Esto se decide porque es muy difícil establecer el límite entre lo que es la *Preparación del discriminativo* y la *Función discriminativa* en sí, que dependería entre otras cosas de la inflexión del tono de voz durante la frase.

2.3.32 Se registrará *Preparación del discriminativo* en los casos en los que:

- a) Se pone en situación a la persona a través de una situación imaginaria (por ejemplo, “*imagínate que estuvieras un fin de semana tranquilamente en casa, te llaman por teléfono, es tu novio que te dice que está con una amiga...*”).
- b) Se pone en situación a la persona retomando cosas que ya se han dicho antes (por ejemplo, “*si tenemos en cuenta lo que tu jefa te dijo, lo que te dijo tu compañero, los logros que tú has conseguido, ¿crees que eres buena en tu trabajo?*”). Estos casos a veces se pueden confundir con la categoría *Función de preparación informativa* y el criterio para diferenciarlo es la propia definición del modificador “*informativa*”: que se aporte conocimiento clínico o técnico. Normalmente la categoría *Función de preparación del discriminativo* consistirá en resumir cosas que se han hecho en la propia sesión para que la persona las tenga en cuenta para contestar a la siguiente categoría *Función discriminativa*, pero no aporta información, por ejemplo, “*Ten en cuenta ahora mismo lo que tu jefa te ha dicho, que lo leímos al principio de la sesión. Según eso, ¿eres excepcional?*”. Si se vuelve a presentar a la persona una información, aunque sea repetida, se señalaría *Función de preparación informativa*, no *Función de preparación del discriminativo*, ejemplo, “*Pero ten en cuenta que excepcional es estar por encima de la norma, ¿crees entonces que eres excepcional*”. En caso de duda entre *Función de preparación del discriminativo* y *Función de preparación informativa*, se priorizará la preparación del discriminativo de la siguiente pregunta, a no ser que la información sea clara.

2.3.33 Sobre la diferencia entre la *Función de preparación del discriminativo* y la *Función de preparación informativa*, surgen algunas dudas cuando el terapeuta plantea una situación ficticia que quiere que el cliente imagine. Creemos que hay que diferenciar entre cuando sólo explica la situación, por muy detallada que sea, que sería *Preparación del discriminativo* (“*imagínate que llegan las 8 de la tarde, tu novio no ha venido, te das cuenta de que iba a quedar con una amiga suya, etc.*”), y cuando explica la situación diciéndole alternativas de pensamiento (“*imagínate que llegan las 8 de la tarde, tu novio no ha venido, te das cuenta de que iba a quedar con una amiga suya y en lugar de imaginarte algo malo, puede haber muchísimas alternativas de pensamiento*”), que sería *Función de preparación informativa*. Esto es así en líneas generales, pero habría que estudiar con detalle cada caso.

2.3.34 Cuando el terapeuta da pistas para contestar a la pregunta (cuando se orienta la respuesta del cliente) se podría confundir en muchos casos la *Función de preparación del discriminativo* con la categoría *Función discriminativa indicando*, puesto que a veces es difícil separar lo que es la preparación del

discriminativo del discriminativo en sí. En estos casos un observador podría verlo como *Función de preparación del discriminativo + Función discriminativa sin indicar*, mientras que otro podría categorizarlo como *Función discriminativa indicando*. Para resolver esta posible confusión, se acuerda que en estos casos se categorizará todo como *Función discriminativa indicando* (sin *Función de preparación del discriminativo*) puesto que, al fin y al cabo, lo que cuenta es que señalemos la indicación de la respuesta del cliente y de esta manera queda perfectamente reflejado.

***Función de preparación. Modificador “Informativa”:***

2.3.35 La categoría *Función de preparación informativa* equivale a la categoría *Función informativa* del subsistema SISC-CVT, pero en esta adaptación para el estudio de la reestructuración se considera teóricamente relevante considerarla como una función de preparación del hipotético moldeamiento que se daría durante la aplicación de esta técnica. Ésta es una categoría estado, por lo que se señalará tanto el momento de inicio de la misma como el momento de final. Se adoptan para esta categoría la mayor parte de los acuerdos incluidos en SISC-CVT, a los que se añaden los siguientes puntos.

2.3.36 Se incluirán dentro de esta categoría los puntos de vista alternativos que el psicólogo le da al cliente durante la reestructuración, independientemente de la brevedad de los mismos.

Ejemplos:

- Psicólogo: “*Explicaciones: se ha olvidado*”

- 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. (...)*”

2.3.37 Un caso en el que hay que diferenciar entre la categoría *Función de preparación 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 de preparación 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 de preparación informativa en ambos casos, se informa de cómo lo ha hecho el cliente)

2.3.38 Una situación en la que hay que diferenciar entre *Función de preparación 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 de preparación 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 de preparación informativa), yo te digo que ¿tú crees que para los jefes tú y los demás sois exactamente iguales?, ¿sois intercambiables?” (Función discriminativa sin indicar)*

### ***Función de preparación. Modificador “Motivadora”:***

2.3.39 La categoría *Función de preparación motivadora* equivale a la categoría *Función motivadora* del subsistema SISC-CVT, pero en esta adaptación para el estudio de la reestructuración se considera teóricamente relevante considerarla como una función de preparación del hipotético moldeamiento que se daría durante la aplicación de esta técnica. Ésta es una categoría estado, por lo que se señalará tanto el momento de inicio de la misma como el momento de final. Se adoptan para esta categoría la mayor parte de los acuerdos incluidos en SISC-CVT, a los que se añaden los siguientes puntos.

2.3.40 Sobre la diferencia entre los modificadores “informativa” y “motivadora” de la categoría *Función de preparación*: 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 de preparación informativa).*
- *Psicólogo: “Que tú cambies tu forma de comportarte seguramente hará que tu marido se sienta mejor” (Función de preparación motivadora).*

2.3.41 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 explícitas las consecuencias del cambio en el pasado para su bienestar o malestar, no se considerará motivadora en ningún caso, aunque haya palabras que nos puedan confundir, como “*maravilloso*”.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Se lo dijiste a su hermana y ya conseguiste que te llamara” (Función de preparación 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 de preparación motivadora).

2.3.42 Podría surgir la misma duda pero refiriéndonos al presente, ejemplos, “*Sería maravilloso si hicieras esto*”, “*Que hagas esto es la mejor opción*”.

Y, en la misma línea, se acuerda que esto sería *Función de preparación informativa* mientras no se hagan explícitas cuáles serán las consecuencias del cambio, en cuyo caso sería *Función de preparación motivadora*, ejemplo, “*que hagas esto es la mejor opción porque te hará sentir bien mucho más rápidamente que cualquiera de las otras técnicas*”.

2.3.43 Nos surgen dudas con el modificador “motivadora” cuando el terapeuta está informando en segunda persona, pero impersonal, y llega un momento en que pasa a hablar de 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 de preparación motivadora* porque se puede estar motivando al cliente.

2.3.44 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 de preparación 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 de preparación 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 de preparación informativa porque no se hacen explícitas en ningún momento las consecuencias del cambio).
- *Psicólogo: “Precisamente por eso será más sencillo”* (Función de preparación informativa porque no se hacen explícitas en ningún momento las consecuencias del cambio).

***Función instruccional:***

- 2.3.45 La categoría *Función instruccional*, al igual que en *SISC-CVT*, se considera una categoría estado, por lo que se señalará tanto el momento de inicio de la misma como el momento de final. Se adoptan para esta categoría la mayor parte de los acuerdos incluidos en *SISC-CVT*, a los que se añaden los siguientes puntos.
- 2.3.46 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 de preparación informativa) y tú por tu parte tienes que ir flexibilizando la exigencia de esas explicaciones” (Función de preparación instruccional. Sólo es instruccional 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 éstas (Función instruccional) y, comparando con lo que tienes, mucho más lógicas y racionales que éstas, porque el resto de sus días no demuestra hacia ti ni falta de respeto, ni poco cariño ni nada de nada” (Función de preparación informativa)*
- *Psicólogo: “Pues yo quiero que empieces a valorar lo que hiciste y lo que haces y lo que vas a hacer (Función instruccional). 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).*

- 2.3.47 No tenemos que confundir la *Función instruccional* con la *Función de preparación 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 instruccional* y *Función informativa*. Además, para intentar que los desacuerdos sean los mínimos, acordamos lo siguiente:

- ✓ Las instrucciones, en general, deben incluir una explicitación del terapeuta hacia el cliente para que haga algo dentro o fuera de sesión.
- ✓ 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 de preparación informativa*.

### **Categoría Otras:**

- 2.3.48 La categoría *Otras*, al igual que en *SISC-CVT*, se registrará como categoría evento al final de la misma, no al inicio.
- 2.3.49 Como se especifica en el subsistema *SISC-CVT*, una verbalización que no se entiende lo que es y que es cortada por el cliente, se categorizaría como *Otras*. También habría que hacerlo en los siguientes casos, que son 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.

- 2.3.50 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.

Esto supone una ligera modificación de los acuerdos generales incluidos en *SISC-CVT* sobre el tema.

2.3.51 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 de preparación 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 de preparación informativa)

### III. SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL CLIENTE PARA EL ESTUDIO DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (SISC-CVC-RC)

#### 1. Breve definición de las categorías incluidas.

- Proporcionar información. (*Categoría evento*) Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información relevante 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.
- Verbalización de emociones negativas. (*Categoría evento*) Expresión de emociones negativas, en forma de queja, que hace referencia al padecimiento del cliente debido a sus conductas problema. También verbalizaciones que indican una resistencia a las tareas propuestas por el terapeuta a causa del padecimiento que las mismas le supondrían.
- Verbalización de emociones positivas. (*Categoría evento*) Expresión de emociones positivas que hace 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.
- Seguir instrucciones. (*Categoría evento*) Conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta.
- Otras. (*Categoría evento*) Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

## 2. Comentarios generales.

- 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 reestructuración. 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.

Se registrará toda conducta verbal del cliente, excepto los “asentimientos verbales” en mitad del discurso del terapeuta (“ya”, “claro”), aunque parezca que el terapeuta se calla para dar lugar a una respuesta del cliente, a no ser que sean respuestas del cliente a preguntas explícitas del terapeuta (ver los acuerdos al respecto en este subsistema y en el del terapeuta).

- 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 tener cuidado con no dejarse llevar por la forma de la intervención del cliente. 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”.

- 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.

#### *Proporcionar información:*

- 3.1 Además de toda verbalización que aporte información al terapeuta para la evaluación y el tratamiento, cuando el cliente lee lo que pone en su autorregistro en voz alta, habría que registrar la categoría *Proporcionar información*.
- 3.2 En 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.

#### *Solicitar información:*

- 3.3 Se decide registrar la categoría *Solicitar información*, además de en las preguntas claras del cliente al terapeuta, en el siguiente caso: hay ocasiones en que el cliente le hace una pregunta al terapeuta y éste no la entiende y le pregunta a su vez qué quería decir; la explicación que le da el cliente a continuación se considerará *Solicitar información*, puesto que está terminando de hacer su pregunta y a partir de ahí es cuando el terapeuta contesta.

#### 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).

- 3.4 Hay veces que el cliente verbaliza preguntas retóricas y, aunque den lugar a dudas, igual que en el terapeuta no lo consideramos *Función discriminativa*, creemos que en el cliente tampoco sería en principio *Solicitar información*. Aun así habría que ver cada caso particular y decidir cómo registrarlo.

#### *Mostrar aceptación:*

- 3.5 Al igual que en el subsistema *SISC-CVT-RC* 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 creemos que se categorizaría como *Mostrar aceptación* si éste repite lo que ha dicho el terapeuta.
- 3.6 Al igual que se acordó en el caso del terapeuta, también para el cliente no se categorizarán como *Mostrar aceptación* los enlaces conversacionales.

#### Ejemplo:

- *Psicólogo: “Bueno. (Lee de nuevo una parte del texto) Considero que su trayectoria desde los comienzos ha sido excepcional”*
- *Cliente: “Ya, yo no sé lo que diría de los demás, o sea que no sé si estoy por encima de la media”*

Sin embargo, sí se registrarán como *Mostrar aceptación* los “enlaces” en los siguientes casos:

- Cuando haya una palabra de aceptación claramente separada del resto de la frase. Ejemplo: “*Sí. Lo que ocurrió fue que...*”
- Cuando estén acompañados de una partícula como “*pero*” y vayan seguidos de *Proporcionar información*, de manera que la información sirva para detectar si el “enlace conversacional” se tiene que categorizar como *Mostrar aceptación* o *Mostrar desacuerdo* (todo esto siempre que se dé después de una verbalización del terapeuta categorizada como *Función informativa o motivadora*, *Función Discriminativa indicando* o *Función de refuerzo conversacional*; ver los acuerdos al respecto en el punto correspondiente a la diferencia entre *Proporcionar información* y *Mostrar aceptación*).

3.7 Se pueden generar dudas en los casos en los que la pregunta del terapeuta se hace en un sentido pero se podría entender (teniendo en cuenta los objetivos de la reestructuración) que se busca un acuerdo del cliente con la pregunta “contraria”. Por ejemplo, en los casos en los que utilizando la ironía el terapeuta pregunta algo pero se entiende que no se busca acuerdo con esa pregunta entendida de manera literal, sino precisamente desacuerdo.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Pues yo quiero que empieces a valorar lo que hiciste y lo que haces y lo que vas a hacer. Más ahora, quieres ir a Argentina, planteas la situación, luchas por ella, la reivindicas, hablas con unos, con otros, ¿también es azaroso?”*
- *Cliente: “Un poco sí”*

Tendríamos que categorizar en este caso la respuesta del cliente como *Mostrar aceptación* con lo que el terapeuta pregunta de manera literal. Sin embargo, creemos relevante señalar estos casos, denominándolos algo así como *Mostrar aceptación “no terapéutica”* (anotándolo en la columna “Comentarios” del programa *The Observer*).

3.8 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”*

**Mostrar desacuerdo:**

3.9 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, aunque no termine 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...”*

3.10 De la misma manera que existe un acuerdo de resaltar las verbalizaciones consideradas *Mostrar acuerdo* “no terapéutico”, se acuerda señalar los casos en los que *Mostrar desacuerdo* sea “terapéutico”.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Ah, pues yo estoy, no en lo que sí estoy de acuerdo es que todos tus compañeros son burros y entonces tú estás por encima de la norma y, entonces, en el país de los ciegos el tuerto es rey, es verdad, no hay que valorarte porque estás rodeada de subnormales”*
- *Cliente: “No, no es eso”* (Mostrar desacuerdo “terapéutico”)

3.11 Si el cliente repite lo mismo que ha dicho el terapeuta, pero negándolo, esta verbalización se categorizará como *Mostrar desacuerdo*. Esto sería 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)

**Mostrar acuerdo y desacuerdo vs. Proporcionar información:**

3.12 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 de preparación informativa o motivadora*, 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 de preparación 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)*

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)*

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 de preparación informativa o motivadora* (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*.

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*.

- 3.13 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 del debate.
- 3.14 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*.
- 3.15 Para clarificar las posibles dudas entre estas categorías, debemos distinguir 5 situaciones:

- a) *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)

- b) *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)

- c) *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)

- d) *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*: “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)
  
- *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)

- e) *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)*”).

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)

3.16 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:

- a) 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”*

b) 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 pequeño le enseñaron a ayudar en casa y ahora mismo saber hacer de todo, incluso cocina, plancha, ...”*

3.17 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”.*

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”*

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.

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*.

- 3.18 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)

- 3.19 Por otra parte, ante preguntas como “¿me entiendes?”, “¿sabes?” o “¿no sé si me explico?”, una respuesta afirmativa o negativa del cliente se consideraría *Proporcionar información*. En preguntas, sin embargo, como por ejemplo “¿de acuerdo?”, “¿no?”, “¿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)

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).

**Verbalización de emociones negativas:**

3.20 Esta categoría incluye la expresión de emociones negativas, en forma de queja, que hacen referencia al padecimiento del cliente debido a sus conductas problema. También incluye las verbalizaciones del cliente que indican una resistencia a las tareas propuestas por el terapeuta a causa del padecimiento que las mismas le supondrían.

Ejemplos:

- *Cliente: “No quiero hacer esa tarea porque me voy a cansar mucho”* (Verbalización de emociones negativas)
- *Cliente: “No quiero hacer esa tarea”* (Mostrar desacuerdo con la tarea que se ha propuesto)

3.21 Con respecto a la resistencia a las tareas, nos podemos encontrar con frases de este tipo “*Ya, pero ya llevo mucho esfuerzo y lo que pasa es que a mí eso me va a costar mucho*” o “*Sí, pero llevo muchos palos y ya no puedo con más palos*”. Podríamos pensar que esto se categorizaría como *Mostrar desacuerdo + Proporcionar información + Verbalización de emociones negativas*. Sin embargo, creemos que hay que entender todo esto como resistencia a la tarea en sí, que claro que implica un desacuerdo con cumplir la tarea, pero por la propia definición sería *Verbalización de emociones negativas*. Si estas verbalizaciones fueran después, por ejemplo, de una intervención del terapeuta categorizada como *Función de preparación informativa*, entonces lo lógico sí sería fragmentarlo de esa manera, puesto que no se le dice al cliente explícitamente que realice una tarea y no se podría entender esto como resistencia a la tarea.

3.22 En cuanto a la diferencia entre las categorías *Verbalización de emociones negativas* y *Proporcionar información*, por ejemplo, explicar al terapeuta “*A mí me molesta que mi novio salga por ahí*” (Proporcionar información) no es lo mismo que, cuando el terapeuta le dice al cliente que tiene que permitir que su novio salga, que el cliente diga “*Es que eso a mí me molesta*” (Verbalización de emociones negativas).

En caso de duda, cuando el cliente hable de los sentimientos que algo le produce (molestia, desagrado, etc.), se prioriza la categoría *Verbalización de emociones negativas*, pues es difícil que encontremos verbalizaciones claras de emociones negativas. Esto será así siempre que la persona no esté describiendo sus conductas problema en un momento evaluativo de la terapia (que no tiene por qué ser evaluación inicial sino evaluación también durante el tratamiento propiamente dicho) y siempre que hacer referencia a sus sentimientos se pueda entender como una expresión emocional, no neutra, sobre el padecimiento que esto le produce (o bien porque hace referencia explícita al padecimiento o bien porque por el tono se puede entender que se está quejando).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Esos miedos son totalmente irracionales”*
- *Cliente: “Pues son los que tengo (con tono de queja)”* (Verbalización de emociones negativas)

- 3.23 Hay veces en que se confunde la categoría *Emisión de verbalizaciones negativas* con *Mostrar desacuerdo + Proporcionar información*, puesto que puede ocurrir que el tono no parezca de queja pero el contenido sí lo sea. En estos casos, salvo que la terapia se encuentre en un momento evaluativo, habría que priorizar la *Emisión de verbalizaciones negativas* frente a la otra opción.
- 3.24 En la categoría *Emisión de verbalizaciones negativas* también se incluiría la explicación sobre por qué la persona se queja, no se categorizará esto último como *Proporcionar información*.

Ejemplo:

- *Cliente: “Me da rabia (...) el problema mío es que interpreto (...)”*  
(Verbalización de emociones negativas)

- 3.25 Por otra parte, cuando se señala para la conducta verbal del terapeuta la categoría *Función evocadora*, la verbalización del cliente que acompaña a la reacción emocional se registrará como *Verbalización de emociones negativas*. Sólo se señalará alguna otra función de la conducta verbal del cliente cuando se considere que se puede diferenciar una primera parte de *Verbalización de emociones negativas* y luego una segunda parte correspondiente a otra categoría.

#### ***Verbalización de emociones positivas:***

- 3.26 Esta categoría incluye la expresión de emociones positivas 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”* (Verbalización de emociones positivas)

- 3.27 Al igual que ocurre con la categoría *Verbalización de emociones negativas*, hay veces que la *Verbalización de emociones positivas* incluye la explicación sobre su bienestar. Esto no se ha de categorizar de forma independiente como *Proporcionar información*. Así, cuando el terapeuta introduce entre medias alguna verbalización corta categorizada como *Función de refuerzo conversacional* u *Otras*, a continuación se seguiría registrando la misma categoría en el cliente (*Verbalización de emociones positivas* o *negativas*, no *Proporcionar información*), a no ser que haya una explicación del cliente que no tiene tanto que ver con su bienestar o malestar. En este último caso, se registraría como *Proporcionar información*.

Ejemplo:

- *Cliente: “Estoy contenta porque me ha surgido a mí de motu proprio”*  
(Verbalización de emociones positivas)
- *Psicólogo: “Sí”*
- *Cliente: “Sin mala idea, ¿no?”* (Verbalización de emociones positivas)
- *Psicólogo: “Sí, no, no”*

- *Cliente:* (Verbalización de emociones positivas) “*Que lo considero absurdo, vamos (Proporcionar información) porque para mí tampoco es agradable. Si tenemos un huequito y podemos charlar, cuatro risas y ya está, no “oye, que no puedo, oye, que después”, pues tampoco, es tontería, ¿no?”*

### **Seguimiento de instrucciones:**

3.28 Se incluye en esta categoría la realización por parte del cliente de las conductas solicitadas por el terapeuta en sesión. En la reestructuración, específicamente, habría que considerar *Seguimiento de instrucciones* la verbalización de alternativas de pensamiento diferentes cuando el terapeuta se lo solicita explícitamente al cliente.

Ejemplo:

- *Psicólogo:* “*Te parece, bueno, está bien que te parezca significativo, luego volveremos sobre eso. Dame otras explicaciones*”
- *Cliente:* “*Pues no le apetecía llamar o simplemente se ha quedado sin batería y no le apetece pedir el móvil al compañero*” (Seguimiento de instrucciones)

No 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)

### **Otras:**

3.29 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.

3.30 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.

3.31 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.

3.32 En algunos casos puede resultar dudoso cuándo registrar o no registrar la categoría *Otras*, por ejemplo:

- a) 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 de preparación informativa)
- *Cliente*: “*Totalmente de acuerdo (Mostrar aceptación) pero... (Otras)*”

- b) 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)



### **ANEXO III:**

*Sistema de categorización de la conducta  
verbal del cliente en función del  
cumplimiento de objetivos terapéuticos  
(SISC-COT)*



**SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL  
DEL CLIENTE EN FUNCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE  
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (SISC-COT)**

**Índice de contenidos**

1. Breve definición de las categorías incluidas.....	2
2. Comentarios generales .....	3
<i>Conducta a categorizar</i> .....	3
<i>Criterios generales de categorización</i> .....	3
3. Criterios específicos de categorización.....	4

**1. Breve definición de las categorías incluidas.**

- VAT. Verbalizaciones de aproximación al objetivo terapéutico del debate.
- VOT. Verbalizaciones opuestas al objetivo terapéutico del debate.
- VIT. Verbalizaciones intermedias con respecto al objetivo terapéutico del debate.
- No categorizable. Verbalizaciones no categorizables en cuanto a si se aproximan o no a los objetivos perseguidos por el terapeuta durante el debate.

## 2. Comentarios generales.

- Conducta a categorizar. Se categorizará cada uno de los comportamientos del cliente durante el procedimiento terapéutico de debate en función de su grado de aproximación al objetivo perseguido por el psicólogo, el cual puede haber sido puesto de manifiesto explícitamente o no.

Aunque en principio se codificarán con este sistema todas las categorías del cliente ya señaladas con el *SISC-INTER-RC*, podría haber alguna parte en el segmento analizado que no corresponda a un debate propiamente dicho, como la evaluación de algún aspecto pendiente, por lo que esos segmentos enteros no se registrarán según este sistema de categorización. Esto es independiente de que en algún otro momento dentro de un debate puedan aparecer verbalizaciones aisladas del cliente que habría que categorizar como *No categorizable* según este sistema y se codificarían como tal.

- Criterios generales de categorización. Se sustituirá cada categoría para la conducta verbal del cliente según el *SISC-INTER-RC* por una de las cuatro posibles según este sistema de categorización. Para ello, antes de comenzar el registro se señalarán en el apartado “Comentarios” del programa *The Observer XT* cada uno de los objetivos terapéuticos que el psicólogo trata de alcanzar en los distintos momentos del debate.

Al igual que con el sistema *SISC-INTER-RC*, una misma verbalización puede dividirse en fragmentos para su categorización. Es decir, no porque una verbalización del cliente forme parte gramaticalmente hablando de un mismo párrafo ha de asignarse una única categoría del sistema *SISC-COT* al párrafo en su totalidad. Se pueden ver más adelante algunos criterios al respecto que tener en cuenta en distintos casos.

### 3. Criterios específicos de categorización.

3.1 En principio, parece que sería lógico que hubiera correspondencia entre ciertas categorías de *SISC-INTER-RC* y las categorías de *SISC-COT*. Así:

- *Mostrar acuerdo*: se categorizaría como *VAT*, a no ser que sea un acuerdo antiterapéutico y, en ese caso, sería *VOT*.

Ejemplo:

- *Psicólogo*: “¡Ah!, ya te entiendo, lo que quieres decir es que por complacer a tu novio tú dejas de hacer...”
- *Cliente*: “(se solapa) las cosas que a mí me gustan...” (VOT)

Podría haber algún caso en el que una verbalización categorizada como *Mostrar aceptación* no sea *VAT*:

Ejemplo:

- *Psicólogo*: “¿Sabes la diferencia entre eficacia y efectividad, no?” (Función discriminativa indicando)
- *Cliente*: “Sí, creo que sí” (Mostrar aceptación/No categorizable)

No consideramos que contestar que sí a esto sea algo que se acerque o se aleje de los objetivos terapéuticos, pues el objetivo del debate nunca será que el cliente sepa la diferencia entre efectividad y eficacia. Éste es un caso diferente de cuando el cliente contesta “sí” a una *Función discriminativa conversacional* del terapeuta del tipo “¿de acuerdo?”. En estos casos siempre se considerará como *VAT*.

- *Mostrar desacuerdo*: se categorizaría como *VOT*, a no ser que sea un desacuerdo terapéutico y, en ese caso, sería *VAT*.
- *Verbalización de queja*: se categorizaría como *VOT*.
- *Verbalización de bienestar*: se categorizaría como *VAT*.
- *Proporcionar información*: se categorizaría como *VAT* cuando es un argumento que apoya a *Mostrar aceptación* y *VOT* cuando es un argumento que apoya a *Mostrar desacuerdo*. Cuando no va junto con *Mostrar aceptación* o *Mostrar desacuerdo*, cuando es un argumento o información a favor del objetivo terapéutico se categorizaría como *VAT* y cuando es en contra como *VOT*. Cuando hay mezcla de los dos sería *VIT* (tanto la parte de *Mostrar aceptación* o *Mostrar desacuerdo*, en su caso, como la de *Proporcionar información*).

3.2 En ocasiones es difícil categorizar según SISC-COT las verbalizaciones categorizadas como *Proporcionar información* con o sin *Mostrar aceptación* o *desacuerdo*. Se hacen los siguientes acuerdos al respecto:

- En caso de duda sobre si una información del cliente que acompaña a un acuerdo o desacuerdo es un argumento o un contraargumento que apoya al acuerdo o desacuerdo previo o más bien es una información extra que añade el cliente y que nada tiene que ver con el acuerdo o desacuerdo previo, se haría lo siguiente:
  - a) Si la información tiene que ver con el acuerdo o desacuerdo previo, se categorizaría como VAT, VOT o VIT en función de cómo se haya categorizado el acuerdo o desacuerdo.

Ejemplo:

- Cliente: “Ya, tienes razón, (VAT) él dijo eso porque le venía mal llamarme y no porque eso sea una falta de respeto, es lo mismo que pasó el otro día” (VAT)

- b) Si la información se desliga claramente, entonces se categorizaría de manera independiente al acuerdo o desacuerdo. Por ejemplo, sería *No categorizable* si no tiene que ver con el tema de debate o VAT si se acerca al objetivo terapéutico.

Ejemplo:

- Cliente: “Sí, tienes razón (VAT). ¿Sabes?, el otro día me pasó que una amiga me habló sobre este tema” (No categorizable)

- c) Si no se puede diferenciar claramente si la información se desliga o no del acuerdo o desacuerdo previo, se categorizaría como independiente del acuerdo o desacuerdo previo. En el siguiente ejemplo sería *No categorizable* porque no parece que esa información vaya a favor o en contra del objetivo terapéutico.

Ejemplo:

- Cliente: “Ya, te entiendo, (VAT) es que estoy sensible y me cuesta” (No categorizable)

- Hay que recordar en este punto que no siempre los “enlaces conversacionales” se registrarán como *Mostrar aceptación* y, por tanto, puede que nos encontremos una información que no vaya precedida por *Mostrar aceptación* aunque empiece por “ya” o “sí”, etc. Los acuerdos sobre los enlaces conversacionales que podemos encontrar en el sistema SISC-INTER-RC son los siguientes:

*Al igual que se acordó en el caso del terapeuta, también para el cliente no se categorizarán como *Mostrar aceptación* los enlaces*

conversacionales. Sin embargo, sí se registrarán como *Mostrar aceptación* los “enlaces” en los siguientes casos:

- Cuando haya una palabra de aceptación claramente separada del resto de la frase. Ejemplo: “Sí. Lo que ocurrió fue que...”

- Cuando estén acompañados de una partícula como “pero” y vayan seguidos de *Proporcionar información*, de manera que la información sirva para detectar si el “enlace conversacional” se tiene que categorizar como *Mostrar aceptación* o *Mostrar desacuerdo*.

- En ocasiones, con el sistema de categorías *SISC-INTER-RC* se categoriza como *Mostrar desacuerdo* + *Proporcionar información* una verbalización del cliente en la que se incluye algún pequeño comentario de *Mostrar aceptación*, sin embargo, entendemos que globalmente es *Mostrar desacuerdo* + *Proporcionar información*. Si no hemos dividido esta verbalización entre *Mostrar aceptación* y *Mostrar desacuerdo* es porque se entiende que la parte de *Mostrar aceptación* es pequeña y no merece la pena fragmentar tanto. Sin embargo, en este sistema de categorías entenderíamos tales ejemplos como *VIT*, no como *VOT*, puesto que sí consideramos relevante señalar que es un intermedio en cuanto a la consecución de objetivos terapéuticos. En los casos en los que se separe claramente el acuerdo del desacuerdo, entonces se categorizaría como *VAT* y *VOT*, no *VIT*.

3.3 Cuando hay una verbalización del cliente que se ha codificado según cualquiera de las categorías del sistema *SISC-INTER-RC* y está interrumpida por una o varias *Otras* o *Funciones de refuerzo conversacional* del terapeuta, en general se registrarán las diferentes partes de la verbalización del cliente de la misma forma (*VAT-VAT*, *VOT-VOT*, *VIT-VIT*), aunque una de las partes sea tan corta que realmente no permita diferenciar bien si es *VAT*, *VIT* o *VOT*. Ahora bien, si una de esas partes se ha categorizado como *Otras* (del cliente) porque no se entiende lo que dice éste, entonces esta parte sería *No categorizable* según *SISC-COT*. Hay que tener también en cuenta que, si las diferentes partes se pueden categorizar claramente de distinta manera, entonces no hay por qué categorizar todas igual.

3.4 Como una especificación del punto anterior se acuerda que, cuando hay una verbalización del cliente que topográficamente se ha categorizado según *SISC-INTER-RC* como *Proporcionar información* y está interrumpida por una verbalización del terapeuta codificada como *Otras* o *Función de refuerzo conversacional*, no necesariamente se registrarán ambas partes de la verbalización del cliente de la misma forma (*VAT-VAT*, *VOT-VOT*, *VIT-VIT*). En concreto, si primero se categoriza como *VIT* porque hay tanto partes “de aproximación” como “de alejamiento”, pero después de la intervención del terapeuta se resaltan, por ejemplo, sólo las partes “de alejamiento”, ésta segunda parte sería *VOT* y no *VIT*.

Ejemplo:

- Cliente: “Pero es que él es un dejado, es totalmente exagerado, a ver, que yo entiendo que a veces a alguien se le pueda olvidar, en serio, pero claro, es que él...” (*VIT*)
- Psicólogo: “Ya” (*Función de refuerzo conversacional*)
- Cliente: “En su caso me parece totalmente desmesurado, una falta total de atención por su parte y no lo puedo tolerar” (*VOT*)

- 3.5 Cuando el terapeuta pregunta al cliente “¿sí o no?” y éste contesta, según el sistema *SISC-INTER-RC* la respuesta a esta pregunta sería *Proporcionar información* y no *Mostrar acuerdo* (pues en este caso se mostraría acuerdo con un aspecto y desacuerdo con el otro). Sin embargo, tomando en consideración el sistema *SISC-COT* una respuesta afirmativa a la pregunta “¿sí o no?” sería *VAT* y una respuesta negativa sería *VOT* (a no ser que se trate de un acuerdo antiterapéutico o un desacuerdo terapéutico).
- 3.6 Una respuesta como “no sé” o “depende” ante una pregunta de debate se categorizaría como *VIT*, pues no especifica las razones a favor ni en contra pero sí parece que significa que hay razones a favor y en contra. Sin embargo, “depende” o “no sé” acompañados de la explicación del cliente sobre su opinión, sólo se categorizarían como *VIT* en caso de que la explicación posterior incluya argumentos a favor y en contra, con lo cual esta explicación también se categorizaría como *VIT*. En caso de que la explicación incluyera sólo los aspectos positivos, ambas verbalizaciones serían *VAT* (pues el “depende” se matiza sólo con los aspectos positivos) y en caso de que incluyera sólo los aspectos negativos, ambas verbalizaciones serían *VOT*. Por tanto, como dice un acuerdo previo, en caso de registrar con el sistema *SISC-INTER-RC* *Mostrar aceptación/Mostrar desacuerdo + Proporcionar información*, generalmente ambas verbalizaciones se registrarían de la misma manera en el sistema *SISC-COT*.

Ejemplos:

- *Cliente: “Depende porque podría haber cosas a favor y cosas en contra, es un poco mezcla”* (Mostrar desacuerdo + Proporcionar información / *VIT + VIT*)
- *Cliente: “Depende aunque es verdad que ahora que lo pienso tienes razón, él no me estaba faltando al respeto con eso”* (Mostrar aceptación + Proporcionar información / *VAT + VAT*)
- *Cliente: “Depende aunque es verdad que ahora que lo pienso no creo que tengas razón, él me estaba faltando al respeto con eso”* (Mostrar desacuerdo + Proporcionar información/*VOT+VOT*)

En caso de empezar la verbalización con “depende” o “no sé” es difícil decir dónde está, por ejemplo, el desacuerdo y dónde la información, con lo cual ambas categorías habría que registrarlas al principio de la verbalización (con *SISC-INTER-RC* y, por tanto, también con *SISC-COT*).

- 3.7 Un ejemplo dudoso de una verbalización que se categorizaría como *VIT* es el siguiente:

Ejemplo:

- *Cliente: “Podría ser que tengo miedo a cometer nuevos errores aunque este miedo pueda ser irracional...”* (*VIT*)

No entendemos que esto sea VAT ni que sea VOT, está reconociendo que tiene un problema y reconoce que puede ser irracional, con lo cual es una mezcla de ambas cosas que podría encajar en VIT. Podría ocurrir otras veces con verbalizaciones que se refieren a explicaciones que el cliente se da a sí mismo, aunque habría que valorar cada caso.

- 3.8 Hay veces en que el cliente pone un ejemplo que no contraargumenta directamente lo que el psicólogo acaba de decir (y, por tanto, no sería *Mostrar desacuerdo + Proporcionar información* sino sólo *Proporcionar información* según el sistema SISC-INTER-RC), pero sí va en contra del objetivo terapéutico, pues es un ejemplo que ilustra su visión general en contra del objetivo del debate. En estos casos, habría que categorizar estas verbalizaciones como VOT.

Ejemplo:

- *Cliente (caso de irritabilidad en sus relaciones sociales): “Por ejemplo, el otro día, voy conduciendo tan tranquilo y va una señora y cruza por mitad de la calle. Cuando le hago un gesto como para decir ¿qué hace, señora?, en vez de pedir disculpas, va y se enfrenta a mí. Bueno, pues yo estaba tan tranquilo y ya va esa señora y me altera, me activa” (VOT)*

- 3.9 Se registrarán como verbalizaciones *No categorizables* los siguientes casos:

- Verbalizaciones categorizadas como *Otras* (del cliente) según SISC-INTER-RC.
- Verbalizaciones categorizadas como *Solicitar información* según SISC-INTER-RC.
- Contestación a la *Función discriminativa conversacional* del terapeuta con preguntas tipo “¿me entiendes?”, siempre que la contestación no incluya argumentos (No se incluirían, sin embargo, las contestaciones a “¿de acuerdo?” o verbalizaciones similares, que se categorizarán como VAT, VOT o VIT).
- Contestaciones del cliente a preguntas evaluativas del terapeuta: puede haber ocasiones en las que dudemos de si son preguntas puramente de evaluación y, en ese caso, tendremos que entender que preguntas evaluativas son aquellas que están dirigidas a aspectos que no tienen relación directa con el objetivo de debate.

Ejemplo: en un caso en el que se discute si lo que su pareja hace es una falta de respeto o no hacia ella, “¿Cómo terminó la situación?” sería una pregunta puramente evaluativa. Sin embargo, “¿Quién es el que lo pasa mal en esto?” o “¿Entonces quién crees que pondrá más interés?” no son preguntas puramente evaluativas, sino dirigidas a que verbalice que ella tiene que poner más interés en cambiar porque ella es la que interpreta mal las cosas. Por tanto, la respuesta a estas preguntas se tendría que categorizar como VAT/VOT/VIT y no como *No categorizable*.

Cuando aplicando el criterio anterior sigamos teniendo dudas sobre si una pregunta es o no evaluativa, será importante valorar la respuesta del cliente y si el terapeuta retoma dicha respuesta como objetivo de debate posteriormente. Así, nos podemos encontrar con un caso como el siguiente, en el que la respuesta haya que categorizarla como *VOT* en lugar de *No categorizable*:

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Pero, ¿qué es lo que te preocupa sobre esto?”*
- *Cliente: “Pues la actitud de él” (VOT)*
- *Psicólogo: “Pero, vamos a ver, ¿es la actitud de José o tu forma de interpretarlo?, que creo que no te aclaras”*

Este ejemplo se dio en mitad de un debate en el que ya se había discutido este tema y, de nuevo, el cliente no reconoce que el problema es su forma de interpretarlo en lugar del comportamiento de la otra persona y el terapeuta retoma lo que ha dicho el cliente para volver a debatirlo. En este caso, no categorizar esto como *VOT* sería perder esta información de que va en contra del objetivo terapéutico.

Para este problema, creemos que sería importante tener en cuenta que en el momento en que se señala el inicio del debate es cuando se empieza a reestructurar, pues las preguntas evaluativas quedaron atrás en la sesión. Sin embargo, puede ocurrir que haya preguntas evaluativas a lo largo del debate porque al terapeuta le falte información. Debemos contar con que estas preguntas serán las mínimas en la mayoría de los casos y suelen ser claras. En caso de duda, creemos que sería bueno intentar categorizar como *VAT*, *VIT* o *VOT*.

Otro criterio que hemos de tener en cuenta es que no habría que entender como *No categorizable* la respuesta a una pregunta evaluativa en la que el cliente no dé solamente la información que se le pide sino que haga una valoración con respecto al objetivo de debate.

- Hay veces en que el cliente cuenta una información que en principio sería *No categorizable*, pero al final de la misma éste dice algo que se tendría que considerar *VAT*, *VOT* o *VIT*. En estos casos, habría que darle peso a esta última parte y categorizar todo como *VAT*, *VOT* o *VIT* en lugar de *No categorizable*.

Ejemplos:

- *Cliente: “Mira, lo que pasó fue que fuimos al cine ayer, vimos la última película de Woody Allen, que no me gustó mucho... (hasta aquí No categorizable), pero lo pasamos tan bien, estuvimos a gusto, sin discutir ni nada y estoy contenta por ello” (esto sería VAT, por tanto, todo VAT)*
- *Cliente: “Mira, lo que pasó fue que fuimos al cine ayer, vimos la última película de Woody Allen, que no me gustó mucho... (hasta aquí No categorizable) y lo pasamos fatal y me he desanimado mucho por*

*ello porque no sé si se va a solucionar esto entre nosotros” (esto sería VOT, por tanto, todo VOT)*

- También se consideraría *No categorizable* cuando el cliente lee el autorregistro, pero no cuando da una valoración o información aparte sobre el tema y esto está relacionado con el objetivo de debate.

3.10 Cuando el terapeuta plantea una situación imaginaria y hace preguntas sobre la misma nos pueden surgir dudas de si las respuestas del cliente serán o no serán categorizables:

Ejemplo: (se discute si ir solo a un sitio es señal de que alguien no tiene con quién ir)

- *Psicólogo: “Si tuvieras un grupo de amigos a los que no les gusta el cine en versión original y a ti te gusta el cine en versión original, si llega el momento en que se decide lo que se quiere hacer, ¿irías tú sola a ver la película en versión original sola, puesto que a ellos no les gusta?”*
- *Cliente: “Sí, iría, pero si puedo elegiría ir con ellos a algún sitio y yo sola otro día al cine”*

Pensamos que esta pregunta del psicólogo está dirigida a reestructurar, no es una pregunta evaluativa y, en esta línea, la respuesta del cliente tendría que ser en principio categorizada como *VAT*, *VOT* o *VIT*. En general, podríamos decir que el planteamiento de este tipo de situaciones imaginarias está dirigido a reestructurar, no a evaluar (aunque habría que diferenciar las situaciones futuras o hipotéticas de las pasadas, que podrían ir dirigidas a evaluar lo que ocurrió en ese momento y que habría que valorar con precaución, según los acuerdos al respecto).

## **ANEXO IV:**

***Escala de valoración de la efectividad del  
debate en la reestructuración cognitiva  
(EVED-RC)***



**ESCALA DE VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL DEBATE EN LA  
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (EVED-RC)**

**Índice de contenidos**

1. Niveles de efectividad de un debate.....	2
2. Criterios específicos para la elección del nivel de efectividad de un debate.....	2
3. Algunos aspectos a tener en cuenta.....	3

## 1. Niveles de efectividad de un debate.

Tras la observación de cada debate y en función de un criterio clínico de cumplimiento de objetivos terapéuticos se elegirá una de las siguientes categorías para valorar el nivel de efectividad conseguido:

- *Fracaso*
- *Éxito parcial*
- *Éxito total*

## 2. Criterios específicos para la elección del nivel de efectividad de un debate.

- Se considerará que un debate es un *Fracaso* cuando:
  - Ninguna verbalización del cliente se aproxima a alguno de los objetivos terapéuticos (*VAT según SISC-COT*).
  - Hay alguna verbalización que se aproxima a algún objetivo del debate (*VAT*), pero no un aspecto relevante, sino algo secundario.
  - El cliente muestra su aproximación (*VAT*) a un objetivo central del debate una sola vez de manera no enfática (\*) y esto va seguido en algún momento por su opinión contraria a la aceptación de los objetivos (*VOT* o *VIT según SISC-COT*).
- Se considerará que un debate es un *Éxito parcial* cuando:  
El cliente muestra alguna verbalización que se aproxima a alguno de los objetivos centrales del debate. Se pueden dar los siguientes casos:
  - El cliente muestra su aproximación (*VAT*) a un objetivo central del debate una sola vez de manera no enfática y esto no va seguido en ningún momento por su opinión contraria a la aceptación de los objetivos (*VOT* o *VIT*).
  - El cliente muestra más de una vez su aproximación (*VAT*) a aspectos centrales del debate de manera no enfática y esto va seguido en algún momento por su opinión contraria a la aceptación de los objetivos (*VOT* o *VIT*).
  - El cliente se aproxima (*VAT*) de manera enfática a un objetivo central del debate al menos una vez pero en algún momento posterior del debate muestra que no acepta (*VOT* o *VIT*) tal aspecto.

(\*) Mostrar una aceptación o aproximación a un objetivo de manera enfática sería:

- Verbalizando no solamente “sí” sino el objetivo del debate, por ejemplo, “*estoy de acuerdo con que soy una persona buena en mi trabajo*” o repitiendo lo que ha dicho el terapeuta “*sí, soy orgulloso y eso puede influir*”.
- Verbalizando repetidas veces el acuerdo, por ejemplo, “*sí, sí, sí, sí*” o “*sí, estoy de acuerdo, de verdad*”, al mismo tiempo que lo dice con un tono de énfasis.
- Utilizando alguna palabra o expresión que muestre su alto acuerdo con la cuestión, como “*exacto*”, “*absolutamente*” o “*100%*”.

- Se considerará que un debate es un *Éxito total* cuando:
  - El cliente muestra su aproximación (*VAT*) a un objetivo central del debate más de una vez de manera no enfática y esto no va seguido en ningún momento por su opinión contraria a la aceptación de los objetivos (*VOT* o *VIT*).
  - El cliente acepta (*VAT*) de manera enfática al menos una vez un objetivo central del debate y en ningún momento posterior del mismo muestra que no acepta (*VOT* o *VIT*) tal aspecto.

### 3. Algunos aspectos a tener en cuenta.

También habría que tener en cuenta los siguientes puntos para la valoración de la efectividad de los debates:

- Cuando se da el caso de que el terapeuta emite una verbalización muy larga, por ejemplo, categorizada como *Función de preparación informativa*, en la que trata varios temas, y después de la cual el cliente verbaliza su aceptación, se entenderá que éste acepta todo lo que incluía la verbalización del terapeuta, no sólo la última parte. Esto será así a no ser que el cliente especifique una parte concreta con la cual muestra su acuerdo (se entendería que sólo muestra su acuerdo con esto, no con el resto) o bien que el terapeuta pregunte al cliente qué opina sobre una parte en concreto de la información.
- Cuando hay dos objetivos en un mismo debate y para cada uno de ellos se ha alcanzado un nivel diferente de efectividad, se optará por mantener para la valoración de la efectividad de todo el debate el nivel más alto alcanzado en uno de los objetivos. Ejemplo, *Éxito total* en el objetivo 1 y *Éxito parcial* en el objetivo 2 = *Éxito total* en el debate.
- Sólo se tendrán en cuenta para la valoración de la efectividad las verbalizaciones del cliente que hayan sido registradas según el sistema *SISC-INTER-RC* y, por tanto, también con el sistema *SISC-COT* (nunca se atenderá a las verbalizaciones de asentimiento del cliente que se escuchan entre medias del discurso del terapeuta pero que no se registran).
- También se considerarán para la valoración de la efectividad las aceptaciones o desacuerdos del cliente con respecto a un ejemplo concreto que esté relacionado con el objetivo central del debate, aunque no se haga referencia directamente al citado objetivo. Ejemplo: un caso en el que se pasa del tema general de lo que la gente piensa acerca de que no tenga trabajo al ejemplo concreto de lo que piensa una amiga suya y el objetivo es que ella verbalice que la gente no pensará que es culpa suya haberse quedado sin trabajo; si dice que su amiga considera que no tiene trabajo por su culpa (sin pruebas de ello), esto es *VOT* con respecto al objetivo central mientras que, si dice que no pensará de ella eso porque no tiene pruebas, sería *VAT* con respecto al objetivo central. Es decir, habría que considerar ambos casos como muestra de aceptación o no del objetivo central, aunque sean ejemplos concretos, pues van dirigidos a modificar los pensamientos.

- Cuando se da el caso de que una verbalización categorizada como *VAT* está “dividida” en dos partes por una verbalización del terapeuta categorizada como *Función de refuerzo conversacional* u *Otras*, ésta sólo se contabilizará como una y no como dos verbalizaciones en caso de que esto sea un criterio para decidir sobre la valoración del éxito del debate. Lo mismo ocurrirá cuando se den dos verbalizaciones categorizadas como *VAT* de forma contigua y se trate de un caso de *Mostrar aceptación + Proporcionar información* en el sistema *SISC-INTER-RC*: sólo se contabilizará como una verbalización y no como dos.

## **ANEXO V:**

***Guía para la identificación de la técnica de reestructuración y la clasificación de sus procedimientos terapéuticos***



***GUÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE  
REESTRUCTURACIÓN Y LA CLASIFICACIÓN DE SUS  
PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS***

**Índice de contenidos**

1. ¿Qué se considera reestructuración cognitiva?.....	2
2. Inicio y final de la reestructuración cognitiva.....	3
3. Clasificación de los procedimientos terapéuticos.....	3

## 1. ¿Qué se considera reestructuración cognitiva?

Se considerará que la técnica de reestructuración cognitiva tiene lugar sólo a partir del momento del proceso terapéutico en que se explica al cliente el análisis funcional, pues se entiende que es a partir de ese punto cuando se van a aplicar las técnicas de intervención. Puede ocurrir que en la misma sesión de explicación del análisis funcional, y después de esta explicación, el terapeuta aplique la técnica y entonces se señalaría como tal.

Se identificarán como procedimientos terapéuticos de la reestructuración cognitiva los siguientes:

- Las *explicaciones* acerca de la influencia de los pensamientos en lo que sentimos y hacemos (*teoría A-B-C*) y la explicación de por qué ciertos *pensamientos son irracionales o disfuncionales*.
- Las *explicaciones sobre lo que es la técnica de reestructuración cognitiva*.
- La *propuesta de tareas* y pautas de actuación para realizar fuera de la sesión. Sólo se señalarán las tareas que tienen relación directa con la reestructuración, por ejemplo, cuando se le dan pautas en el sentido de que genere nuevas verbalizaciones que sirvan de antecedente de otras conductas o bien se le pide que haga una “prueba de realidad” de sus verbalizaciones desadaptativas.
- La *revisión de estas tareas para casa* que el cliente ha realizado durante el periodo entre sesiones.
- El *debate* entre terapeuta y cliente, entendido éste como el procedimiento a través del cual el primero trata de cambiar una verbalización desadaptativa del segundo por medio del diálogo entre ambos. También se consideran debate las partes en las que se mezcla éste con la explicación del comportamiento, siempre que esa parte de explicación se dirija a modificar verbalizaciones desadaptativas. Hay que diferenciar estos casos de los que solamente son explicación, por ejemplo, del análisis funcional o de ciertos comportamientos del cliente u otras personas, que no son debate. Tampoco se considerará debate cuando el terapeuta intenta cambiar una verbalización pero el cliente muestra su acuerdo con él desde el principio.
- El *repaso de ideas debatidas previamente* por medio del cual se comprueba que el cliente sigue estando de acuerdo con las verbalizaciones ya reestructuradas y se matizan algunas cuestiones.
- El *entrenamiento del procedimiento de debate* en sesión (no es lo mismo que debatir una idea concreta, es entrenar al cliente en ello).

## 2. Inicio y final de la reestructuración cognitiva.

Se acuerda que el *inicio* de cualquiera de los procedimientos de reestructuración cognitiva se situará *en la primera verbalización del psicólogo al respecto* y, de manera general, también *se señalará el final a partir de una verbalización del terapeuta*, no del cliente, pues suele ser el primero el que marca los cambios de actividad clínica. En algunos casos se considerará el final de la reestructuración en una verbalización del cliente y esto tendrá lugar cuando ésta sea importante para comprender el fragmento. Por ejemplo, cuando hay un debate muy breve en el que el terapeuta explica y hace unas pocas preguntas y el cliente muestra su aceptación sólo al final, si no se registra la aceptación del cliente, se perdería esta parte importante del debate.

En ocasiones es difícil identificar el punto final de un procedimiento de reestructuración. En caso de duda, se marcará siempre el final cuando parezca que el terapeuta inicia otra tarea, persigue un objetivo diferente o aplica otra técnica. Por ejemplo, cuando después del debate de ideas acerca de las relaciones sociales se entrena en habilidades sociales.

Sobre el procedimiento concreto de debate, es especialmente importante diferenciar el mismo con respecto a la fase previa de evaluación de los pensamientos del cliente. También pueden surgir dudas en los casos en los que el terapeuta emite algunas verbalizaciones que parece que fueran a comenzar un debate pero el cliente no contesta a ello y más adelante emite una verbalización que sí da lugar al comienzo de un debate. En estos casos, se acuerda marcar el primer “intento” como un debate siempre que haya al menos un par de verbalizaciones del psicólogo. Después se marcaría el segundo “intento” como un fragmento independiente del primero.

## 3. Clasificación de los procedimientos terapéuticos.

Los fragmentos de debate propiamente dicho (o de repaso de ideas debatidas previamente o de entrenamiento en debate) a veces van acompañados durante su desarrollo de otros aspectos, como una explicación de la importancia de los pensamientos o la propuesta de tareas para casa. En estos casos, los fragmentos completos se clasificarán como debate, aunque se señale en la medida de lo posible la utilización de los otros procedimientos en la columna “Comentarios” durante el registro con *The Observer XT*.

En muchas otras ocasiones encontraremos los otros procedimientos de reestructuración de manera independiente al debate de ideas y en estos casos se clasificarán en función del tipo de procedimiento que se aplique.

Cuando haya mezcla entre sí de los distintos procedimientos de reestructuración distintos del debate, en el caso de que uno de ellos sea claramente el predominante y el otro represente una parte mínima y difícilmente diferenciable del otro, entonces se clasificará el fragmento completo en función del procedimiento principal. En el caso de que puedan separarse claramente ambos procedimientos, se registrarán y clasificarán por separado, pero en los casos en los que no se pueda y no haya un

procedimiento claramente predominante, se registrará todo el fragmento como uno solo y se categorizará como “Mixto” en cuanto al tipo de actividad clínica.