



El papel de la experiencia del terapeuta en la aplicación de reglas en el contexto clínico^{1, 2}

Ivette Vargas de la Cruz³

Rebeca Pardo Cebrián

Universidad Autónoma de Madrid

Resumen

Aún cuando un importante número de investigaciones destacan la importancia del estudio de las reglas en el campo clínico, existe una falta de estudios sobre las reglas emitidas por el terapeuta a lo largo del proceso terapéutico. Por un lado, el objetivo de este estudio fue analizar el cambio del tipo de regla de acuerdo a los distintos momentos de la terapia y, por otro, si el grado de experiencia supone una variable que afecta a este cambio. Se analizaron las reglas emitidas en terapia por dos terapeutas, uno experto y otro inexperto, en dos casos completos con la misma problemática. Las reglas se categorizaron de acuerdo al sistema de categorías *SISC-REGLAS-T*. Ambos terapeutas cambiaron el tipo de regla de acuerdo a distintos momentos de la terapia, sin embargo, el terapeuta experto parece adaptar el tipo de regla de acuerdo a las distintas tareas y objetivos terapéuticos que se persiguen en distintos momentos del proceso clínico.

Palabras clave: *Proceso terapéutico, reglas, cambio clínico, experiencia terapéutica, categorías.*

Abstract

Although there are a lot of research papers that emphasize the importance of the study of rules in the clinical field, there is a lack of studies about the rules emitted by the therapist along the therapeutic process. On the one hand, the objective of the study was to analyze the change in the type of rule according to different moments of the therapy and, on the other hand, it was to analyze if the grade of experience represents an important variable that affects this change. We analyzed the rules emitted by two therapists, one expert and the other non-expert, in two clinical cases with the same problem. The rules were categorized according to the *SISC-REGLAS-T* system. Rules were categorized using the category system “*SISC-REGLAS-T*”. Both therapists changed their rules according to different moments of the therapy, however, the expert therapist seems adapted the type of rule according to different therapeutic tasks and goals to be achieved at different moments of the clinical process.

Key words: *Therapeutic process, rules, clinical change, therapeutic experience, categories.*

El término de regla fue desarrollado por Skinner (1969) que la define como “un estímulo especificador de contingencias”, sin embargo, a pesar de su popularidad, se trata de un concepto muy controvertido. Por un lado, se discute si se debe definir con respeto a sus cualidades formales (Glenn, 1989), definida independientemente de la conducta que controlan, o funcionales (Catania, 1989; Hayes, Blackledge & Barnes-Holmes, 2001), o bien por la interacción entre el hablante y el escucha. Por otro

¹ La referencia de este artículo en la Web es: <http://conductual.com/content/papel-experiencia-terapeuta-aplicacion-reglas-contexto-clinico>

² Parte de este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en el marco del Plan Nacional de I+D+i clave PSI2010-15908

³ Dirección y correo electrónico de autor principal: Calle Ivan Pavlov, 6. Laboratorio 6, Ciudad universitaria de Cantoblanco. 28049 Madrid, España. Email: rosaivette.vargas@estudiante.uam.es



lado, se discute sobre la función que desempeña como estímulo discriminativo (Skinner, 1969), como reforzador (Glenn, 1989), operación de establecimiento (Malott, 1989) o, incluso, se sostiene que las reglas son estímulos que alteran las funciones respondientes y operantes de los estímulos que describen (Schlinger, 1990; 2008). Además de estos debates, existe una confusión entre el término de regla y el de instrucción (Martínez y Tamayo, 2005; Ribes-Iñesta, 2000). En relación a este último punto se ha propuesto que una regla: (1) sugiere control de una gran variedad de circunstancias y describe una generalidad o regularidad, en tanto que una instrucción sugiere límites situacionales (Cerutti, 1989; Martínez & Tamayo, 2005), y (2) se refiere a la descripción verbal de contingencias experimentadas previamente, en tanto que una instrucción, a la descripción de contingencias en ausencia de la exposición ante tales contingencias (Ribes-Iñesta, 2000).

El hecho de que persistan estos debates en torno al término de regla, dificulta su estudio. En el campo clínico, el estudio de las reglas se ha construido sobre estos debates, heredando la confusión entre el término de regla y de instrucción. Sin embargo, a pesar de las dificultades de su definición, el estudio de las reglas se ha desarrollado. De hecho, se ha destacado el importante papel que tienen las reglas para entender, explicar y promover el cambio clínico de manera general (Plaud & Plaud, 1998; Sturmey, Ward-Horner, Marroquin & Doran, 2007).

De un modo más específico, se ha concluido que la explicación y el tratamiento de los problemas psicológicos se debe hacer atendiendo a: (1) el tipo de reglas (*Pliance, Tracking y Augmenting*) que controla la conducta del individuo (Torneke, Luciano & Valdivia, 2008); (2) la existencia de un excesivo seguimiento de reglas o su ausencia (Baruch, Kanter, Busch, Richardson & Barnes-Holmes, 2007; Ghaderi, 2006; Kanter, Cautilli, Busch & Baruch, 2011); y, (3) las reglas en una problemática específica como la depresión (Baruch et al., 2007; Kanter et al., 2011), trastornos de alimentación (Merwin et al., 2010), trastornos de personalidad (Cuper, Merwin & Lynch, 2007), pedofilia (Plaud & Newberry, 1996) o auto-control (Benedick & Dixon, 2009). Además de estos hallazgos, estudios recientes sugieren que las reglas extraídas por el cliente son cruciales para lograr la generalización del cambio fuera del contexto clínico (Abreu, Costa Hüber & Lucchese, 2012; Palmer, 2012).

En suma, estos estudios destacan la importancia de las reglas para lograr el cambio clínico, pero resta responder, además de la definición misma de regla, cómo ocurre el cambio clínico, qué tendría que hacer el terapeuta para que se produzca y si las reglas que emite juegan un papel importante. Sin embargo, para intentar responder el papel que tienen las reglas del terapeuta en el cambio clínico, parece necesario, en primer lugar, clarificar el término de regla dentro del contexto terapéutico. Al no contar con una definición que nos ayude a identificar las reglas que se emiten a lo largo del proceso clínico, hemos desarrollado una nueva definición adaptada a este contexto.

Estamos de acuerdo en que una regla debe definirse funcionalmente, sin embargo, debido a la dificultad que esto supondría para identificar las reglas que se emiten durante el tratamiento, en este trabajo desarrollamos una definición con la que seamos capaces de identificar aquellas verbalizaciones que corresponderían a las características morfológicas de una regla. En este sentido, planteamos una definición morfológica que permitirá el estudio posterior de su función. Consideramos, como Schlinger (1990), que el estudio morfológico de las verbalizaciones puede ser un paso previo decisivo para el posterior análisis funcional de las mismas.

En este trabajo definimos una regla como: Verbalización que señala una relación de contingencia regular y generalizable a distintos contextos que potencialmente puede alterar la función de los elementos incluidos en una secuencia funcional descritos en la misma verbalización.



Con esta definición intentamos distinguir las reglas de las instrucciones. Esta verbalización describe una generalidad aplicada a distintas circunstancias y describe contingencias formuladas a través de la experiencia. Por otra parte, aunque no nos es posible constatar que una verbalización ha alterado la función de ciertos estímulos, sólo podemos señalar que las verbalizaciones en cuestión, podrían potencialmente alterar la función de los elementos señalados en la misma verbalización. Como mencionamos, en este trabajo nos centraremos en las cualidades morfológicas de las reglas para, en posteriores trabajos, estudiar su función.

Ahora bien, en relación a los sistemas de categorías existentes, algunos no diferencian una regla de una instrucción (ver Reese, 1989; Chase y Danforth, 1991) y otros, incluyen tipos de regla que requieren, para diferenciarse de otros tipos, que se identifique la razón por la cual se ha seguido la misma (ver Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989; Skinner, 1957; Wilson y Luciano, 2002). De este modo, debido a la gran dificultad que supondría adoptar estos sistemas de clasificación y, dado que partimos de una definición morfológica de regla, planteamos una clasificación también morfológica de las reglas.

El procedimiento llevado a cabo para elaborar del Sistema de Categorización de las Reglas de la terapeuta (SISC-REGLAS-T) se dividió en dos partes:

1. Establecimiento de los primeros criterios de categorización e inicio de depuración: entre tres psicólogos se discutieron y se señalaron los primeros criterios de clasificación. Basándose en transcripciones literales de las verbalizaciones de la terapeuta, se identificaron y clasificaron las reglas de acuerdo a esos criterios. Después de comparar y discutir los acuerdos y desacuerdos entre los psicólogos, se obtuvo la primera propuesta de categorías.
2. Depuración y propuesta definitiva del instrumento: partiendo de la propuesta preliminar, los psicólogos, de manera independiente, identificaron y clasificaron las reglas de terapeuta a partir de la observación directa de las grabaciones de las sesiones clínicas. Al comparar los registros, se depuraban los criterios ya establecidos en caso necesario se incorporaban nuevos. Cuando se obtuvo la clasificación y los criterios para su identificación definitivos, se procedió al cálculo del porcentaje de acuerdo intra e inter juez hasta alcanzar un mínimo de acuerdo del 70% en tres observaciones consecutivas. En el caso de los registros comparados por el mismo observador, se hizo guardando un intervalo de 10 días entre las dos observaciones.

El resultado de este procedimiento se muestra en la Tabla 1. Un sistema de categorías que incluye el tipo de agente, el tipo de contexto y los elementos de la contingencia, como subcategorías.

Tal como se señala en la Tabla 1, el agente puede ser *Personal*, cuando es el mismo cliente; *Concreto*, cuando el agente de la contingencia es un individuo en particular o un colectivo; *Indefinido* cuando el agente de la contingencia es indefinido o impreciso; o *Concepto*, cuando el agente de la contingencia es un ente abstracto.

Toda regla Personal, Concreta o Indefinida puede ser también *Particular* o *General*; excepto, el tipo de regla Concepto, pues al hacer alusión a una relación abstracta, el contexto va más allá de cualquier situacionalidad y, por tanto, analizar el tipo de contexto no es pertinente. El contexto puede ser General, cuando el entorno en el que se desarrolla la conducta es impreciso o Particular, cuando la acción se desarrolla en un entorno que se detalla, pero no se refiere a una situación concreta. A diferencia de las instrucciones, que sólo se refieren a una conducta que debe desempeñarse en una situación específica y única, las reglas Concretas y Particulares no se refieren a una sola situación, sino que utilizando personas o situaciones en concreto, hacen referencia a varias personas y situaciones (estrategia muy utilizada para formular analogías).



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

Tipo de agente	Tipo de contexto	
<p>Personal (“El que tengas más tiempo de estar en casa hace que le exijas más”)</p>	<p>Particular (“El que tengas más tiempo para estar en casa hace que le exijas más”)</p> <p>General (“El que tengas más tiempo hace que le exijas más”)</p>	<p>Situación (“<i>En cualquier caso</i>, al saludar de modo impersonal, se marca una distancia”)</p>
<p>Agente concreto (“Un niño es feliz cuando se desenvuelve en un ambiente agradable”)</p>	<p>Particular (“Un niño es feliz cuando se desenvuelve en una casa donde el ambiente es agradable”)</p> <p>General (“Un niño es feliz cuando se desenvuelve en un ambiente agradable”)</p>	<p>Conducta (“<i>En cualquier caso, al saludar de modo impersonal</i>, se marca una distancia”)</p>
<p>Agente indefinido (“Si alguien somete a un bebé a una situación de indefensión continua, se hará un niño infeliz”)</p>	<p>Particular (“Si en un experimento científico, durante dos años, alguien somete a un bebé a una situación de indefensión, se hará un niño infeliz”)</p> <p>General (“Si alguien somete a un bebé a una situación de indefensión continua por mucho tiempo, se hará un niño infeliz”)</p>	<p>Consecuencia (“<i>En cualquier caso, al saludar de modo impersonal, se marca una distancia</i>”)</p>
<p>Concepto (“No hay nada ni bueno ni malo”)</p>	<p>No pertinente</p>	

Elementos de la contingencia*

*Subcategorías, las cuales se aplican a todas las categorías. En la tabla se destaca en cursivas la parte de la regla que señala el elemento de la contingencia en cuestión.

De este modo, en una regla se describe un tipo de agente, un tipo de contexto y se especifica uno, dos o los tres elementos de la contingencia. Creemos que con este sistema de categorías podemos ser capaces de analizar el cambio en la forma en la que el terapeuta enuncia las reglas de acuerdo a distintos momentos de la terapia.

En este trabajo analizamos dos casos clínicos llevados por dos terapeutas con distinto grado de experiencia. La razón de hacerlo es porque algunas investigaciones (Froján-Parga, Ruiz-Sancho, Montañón-Fidalgo, Calero-Elvira & Alpañés-Freitag, 2011; Marchena-Guiráldez, Calero-Elvira; Galván-Domínguez, 2013) demuestran diferencias cuantitativas y cualitativas en el desempeño dentro de la terapia entre



terapeutas con distinto grado de experiencia, lo que nos hace hipotetizar que habrá diferencias en la emisión de reglas entre terapeutas con distinto grado de experiencia.

Los dos objetivos de este estudio fueron analizar el cambio del tipo de regla en relación a distintos momentos de la terapia y si el grado de experiencia supone una variable que afecta a este cambio.

Método

Participantes

Se utilizaron las grabaciones de 31 sesiones clínicas con una duración aproximada de una hora, procedentes de dos casos clínicos. Ambos casos, dirigidos desde un enfoque conductual procedentes del Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA). En el primer caso, participaron una terapeuta de 48 años con 19 años de experiencia en el campo clínico y la cliente de 32 años. En el segundo caso, una terapeuta de 36 años con 2 de experiencia y la cliente de 22 años. La intervención del primer caso consistió en 16 sesiones y la del segundo caso, en 15 sesiones.

Ambas clientes asistían a terapia por problemas de ansiedad y depresión. La intervención fue individual y con una frecuencia semanal. Aunque creemos que el tipo de problemática no es priori una variable relevante para el estudio de las reglas del terapeuta, se eligieron dos casos con el mismo tipo de problemática para intentar controlar lo más posible las diferencias entre los dos casos. Las primeras tres sesiones fueron dedicadas a la evaluación del problema; la cuarta, a la explicación del análisis funcional y plan de tratamiento; y el resto de la sesiones, a la aplicación del programa de tratamiento. En ambos casos se finalizó con el alta terapéutica.

Instrumentos y variables

Variables relacionadas al tipo de regla: se crearon variables que describían los tipos de reglas incluidos en el SISC-REGLAS-T: Personal Particular, Personal General, Concreta Particular, Concreta General, Indefinida Particular, Indefinida General y de tipo Concepto. Estas variables se referían al tipo de agente (Personal, Concreta, Indefinida y de tipo Concepto) y de contexto (Particular y General).

Variable relacionada a la experiencia del terapeuta: se tuvieron en cuenta dos factores para considerar al terapeuta como experto: los años de práctica clínica (más de dos años) y la frecuencia de casos manejados durante dicho periodo (media de 5 casos a la semana). La terapeuta experta contaba con 19 años de práctica clínica con una media de más 5 casos a la semana. La terapeuta inexperta contaba con dos años de práctica clínica con una media de casos inferior a 5.

Para la identificación y codificación de las reglas emitidas por el terapeuta se utilizó el SISC-REGLAS-T. El programa de registro y análisis utilizado fue The Observer XT 6.0.

Procedimiento

Después de obtener el consentimiento del director el centro colaborador, de los terapeutas y de los clientes (procedimientos aprobados por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid), se inició la grabación de casos. Una vez obtenidas las grabaciones, se identificaron y clasificaron las reglas de las terapeutas con el SISC-REGLAS-T.

Se realizó el cálculo de la fiabilidad de las observaciones a través del análisis del grado de acuerdo inter e intrajuez. Cada observador registró la sesión de forma independiente y, después, se hizo el cálculo del porcentaje de acuerdos y del índice kappa de Cohen. En el caso de los registros intrajuez, se hizo guardando un intervalo de 10 días entre las dos observaciones.

Las sesiones para realizar el cálculo de la fiabilidad se hizo al azar. Se analizaron cuatro sesiones de la terapeuta experta y cuatro de la terapeuta inexperta. El porcentaje de acuerdo conseguido entre distintos observadores osciló entre un 63% y 85%; con el mismo observador, entre un 82% y 92%. Los valores del coeficiente kappa de Cohen obtenidos en los registros entre observadores oscilaron entre 0,59 y 0,73 (excepto una con un kappa de 0,50); y con el mismo observador, entre un 0,67 y 0,90; asociándose en ambos casos a un nivel de significación estadística inferior a 0,01. La precisión de las observaciones osciló entre un 71% y un 85% en las sesiones entre observadores distintos (excepto una sesión del 63%); y, entre un 80% y 96% en las de un mismo observador. Según la clasificación de Bakeman (2000), los valores obtenidos por este instrumento se considerarían “buenos” o próximos a “excelentes”.

Resultados

La Tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos de las reglas emitidas por la terapeuta experta y la terapeuta inexperta de acuerdo a cada tipo de regla.

En la Tabla 2 y en las gráficas de las Figuras 1 y 2 se puede observar, atendiendo al tipo de contexto, una mayoría de reglas Generales y una minoría de reglas Particulares en todo el proceso. Atendiendo al tipo de agente, una mayoría de reglas Indefinidas y una minoría de reglas Concretas.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para las variables de reglas según el tipo de agente y de contexto emitidas por el terapeuta experto e inexperto.

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

^a Variable medida en frecuencia

Las gráficas de las Figuras 1 y 2 muestran una tendencia en disminuir el número de reglas (tanto de tipo agente como de contexto) hacia la segunda mitad del proceso terapéutico, alrededor de la octava sesión. Sin embargo, esta disminución no fue tan pronunciada en el caso de la terapeuta inexperta.

Para facilitar la exposición de las similitudes y diferencias entre las reglas emitidas por la terapeuta experta y la inexperta, los resultados se muestran de acuerdo: al tipo de tarea que se llevó a cabo en distintas fases del tratamiento y al tipo de regla. Las fases contempladas fueron: evaluación, explicación del análisis funcional, inicio de tratamiento, desarrollo del tratamiento y final de tratamiento.

Comparación de acuerdo a la fase de tratamiento

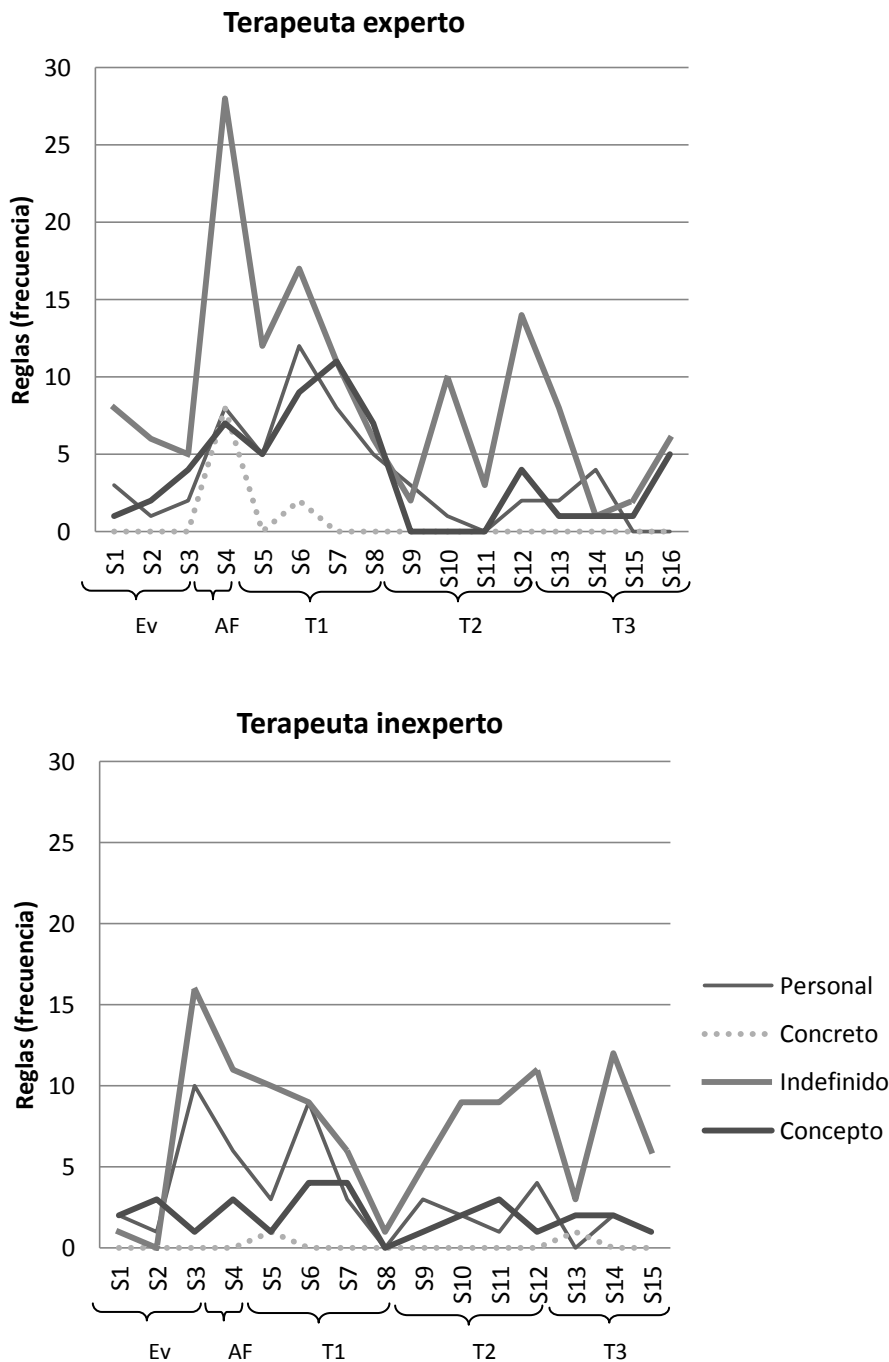
Fase de evaluación

Se incluyeron las primeras tres sesiones en ambos casos. Se trató de sesiones donde predominó la evaluación del problema. Ambas clientes toaron un papel muy activo dentro de las sesiones, pues



explicaron a detalle a su problema. La terapeuta experta emitió un bajo número de reglas en las tres sesiones (12, 9 y 11 reglas). La terapeuta inexperta, emitió también un bajo número de reglas en las primeras dos sesiones (5 y 4 reglas); sin embargo, en la tercera sesión, alcanzó el mayor número de reglas por sesión de todo el tratamiento (27 reglas).⁴

Figura 1. Distribución de reglas, según el tipo de agente, por ambos terapeutas.

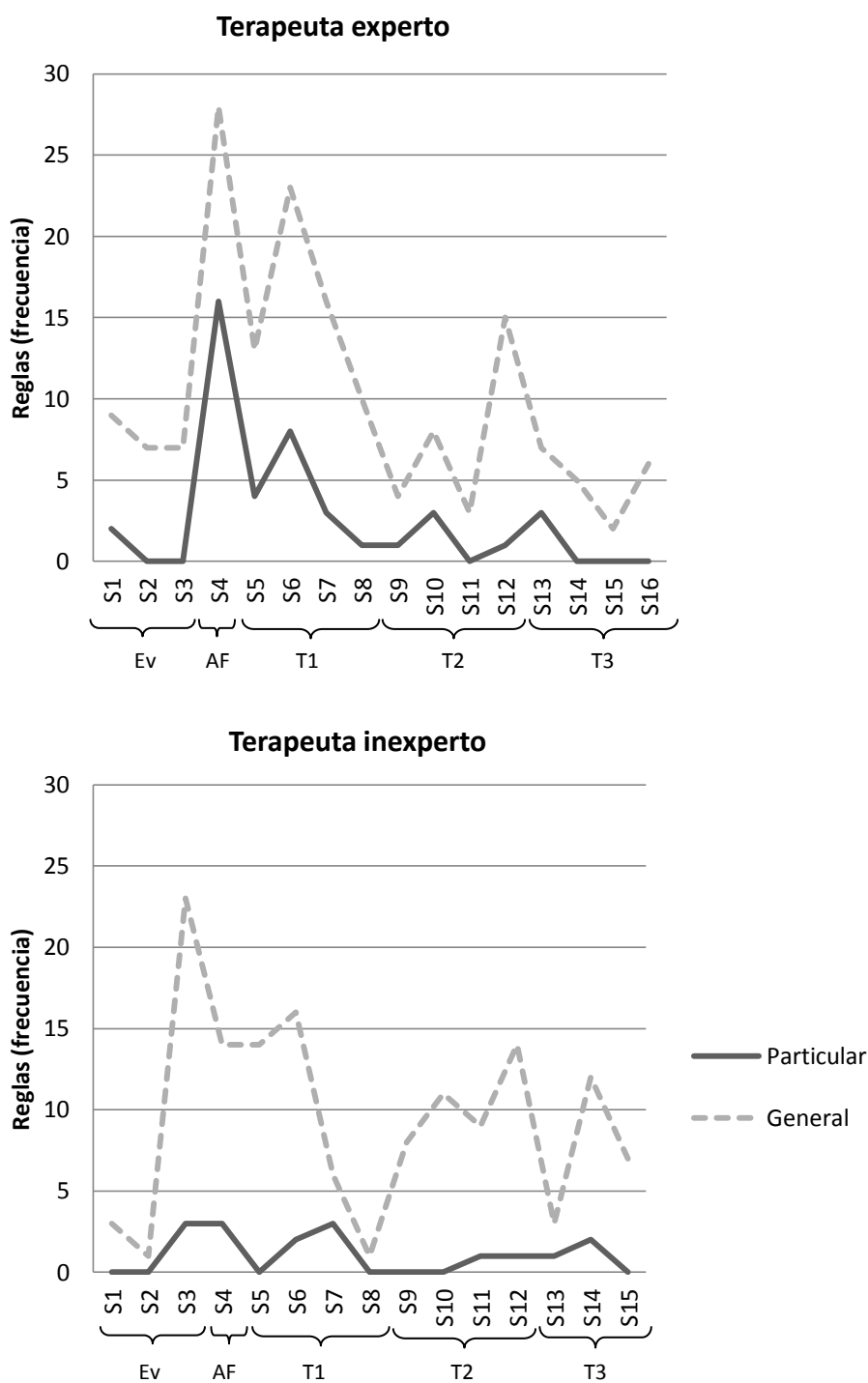


Ev= Evaluación; AF= Análisis Funcional; T1= Inicio de tratamiento; T2= Desarrollo de tratamiento; T3= Final de tratamiento

⁴ La sesión 3 del terapeuta inexperto no fue realmente una sesión de explicación, pues el terapeuta, además de dedicar una parte de la sesión a la evaluación del problema, dedica la mayor parte a explicar la génesis y el mantenimiento del problema. Incluso, cuando había anunciado al cliente que la siguiente sesión estaría dedicada al análisis funcional.



Figura 2. Distribución de reglas, según el tipo de contexto, por ambos terapeutas.



Ev= Evaluación; AF= Análisis Funcional; T1= Inicio de tratamiento; T2= Desarrollo de tratamiento; T3= Final de tratamiento



Fase de análisis funcional

Esta fase comprendió la sesión destinada a la explicación del análisis funcional. En esta fase, las terapeutas destinaron gran parte de la sesión a la explicación detallada del análisis funcional del problema del cliente y la propuesta de tratamiento. En ambos casos (cuarta sesión) se caracterizó por un alto número de reglas. La terapeuta experta aumentó reglas de todo tipo (51 reglas frente a 11 de la sesión anterior), consiguiendo su tasa de emisión más alta, en especial las reglas Concretas (8) y Particulares (16). En el caso de la terapeuta inexperta, aunque se observó un alto número de reglas, no aumentaron (20 reglas frente a 27 de la sesión anterior), ya que en la tercera sesión aumentó el número de reglas debido a la explicación de la génesis del problema que se abordó (como se detalla en la anterior nota al pie).

Fase de inicio de tratamiento

Comprendió las primeras cuatro sesiones después del análisis funcional, las sesiones 5, 6, 7 y 8. En estas sesiones se comenzó el trabajo terapéutico a través de tareas, ejecución de técnicas y debates sobre ideas irracionales. Al final de esta fase, las clientes comenzaron a mostrar sus primeros cambios en la forma en que afrontaban su ansiedad y su depresión. Según reporte de ambas fueron capaces de ampliar sus actividades placenteras y afrontar los primeros pasos de ansiedad.

En el caso de la terapeuta experta, fue la parte del tratamiento con mayor número de reglas (110 reglas frente a 39 y 31 de las siguientes fases de tratamiento). En el caso de la terapeuta inexperta no se apreció esta diferencia (51 reglas frente a 51 y 30).

Predominó la explicación y ejecución de técnicas como la de Detención o parada de pensamiento y la de Respiración profunda. La terapeuta experta (séptima y octava sesión) emitió a un alto número de reglas (30 y 18), especialmente de tipo Concepto (11 y 7). En el caso de la terapeuta inexperta (quinta y séptima sesión), aunque se observó un alto número de reglas en general (15 y 13), hubo diferencias con respecto a la técnica. Así, en la explicación de la técnica de Parada de pensamiento (séptima sesión) destacó la presencia de reglas Particulares (3) y de Concepto (4); pero, en la técnica de respiración (quinta sesión), casi no se emitieron reglas Particulares (0) ni de tipo Concepto (1).

También se abordaron explicaciones abstractas sobre tópicos generales o psicológicos como, por ejemplo, la idea de que la “mente” no es algo ajeno a nosotros mismos. En estas sesiones, la terapeuta experta (sesiones sexta, séptima y octava) obtuvo la tasa más alta de reglas de tipo Concepto (9, 11 y 7 reglas). La inexperta (séptima sesión) mantuvo el número de reglas de tipo Concepto (4).

Por último, en las sesiones (sexta sesión en ambos casos) en las que se debatieron ideas irracionales se encontró un aumento de reglas de tipo Concepto (9 reglas emitió la terapeuta experta y 4 la inexperta) con respecto a la sesión anterior (5 de la terapeuta experta y 1 de la inexperta).

Fase de desarrollo de tratamiento

Las sesiones de esta fase fueron la 9, 10, 11 y 12. Esta fase se dedicó, principalmente, a la explicación de pautas de acción y explicación sobre tópicos generales o psicológicos. En ambos casos, las clientes consiguieron avanzar en el afrontamiento de su ansiedad, sin embargo, ambas refieren haber tenido recaídas relacionadas con la depresión. Sin embargo, dichas recaídas se consiguieron recuperar para la sesión posterior.

En esta fase predominaron las pautas de acción. En el caso de la terapeuta experta se observó un descenso general de reglas (39 frente a 110 de la fase de inicio de tratamiento). En el caso de la terapeuta inexperta no se apreció este descenso (51 reglas frente a 51 de la fase anterior).



Cuando hubo una recaída del estado de ánimo de la cliente, la terapeuta experta (sesiones 9 y 10) emitió un mayor número de reglas Personales (3 y 1) y Particulares (1 y 3) sobre reglas de tipo Concepto (0). En cambio, ante la misma situación, la terapeuta inexperta (en las sesiones 10 y 11) no presentó este patrón y emitió más reglas de tipo Concepto (2 y 3) que Personales (2 y 1) y Particulares (0 y 1).

También se encontraron sesiones en las que se abordaron explicaciones abstractas sobre tópicos generales o psicológicos. La terapeuta experta (sesión 12) aumentó reglas de tipo Concepto (4 reglas frente a 0 de la sesión anterior). La terapeuta inexperta (sesión 12) no aumentó las reglas de este tipo, pero sí, las reglas Personales (4 reglas frente a 1) y las reglas Indefinidas (11 reglas frente a 9).

Fase de final de tratamiento

Esta fase comprendió las últimas cuatro sesiones del tratamiento de la terapeuta experta y las últimas tres sesiones del tratamiento de la terapeuta inexperta. En esta fase, las terapeutas continuaron facilitando pautas de acción y haciendo un seguimiento de los logros conseguidos. Las clientes continuaron escalando hacia un mejor control de la ansiedad. En relación al estado de ánimo, ambas clientes referían haber superado sus problemas de depresión. Las últimas sesiones fueron sólo de seguimiento o afianzamiento del cambio realizado.

En esta fase también predominaron las pautas de acción, lo que se refleja en la baja emisión de reglas de la terapeuta experta (11, 16, 3 y 11 reglas frente a 22, 40, 30 y 18 reglas de la fase de inicio del tratamiento). En el caso de la terapeuta inexperta, este descenso no es tan acusado (6, 16 y 8 reglas en cada sesión frente a 15, 22, 13 y 1 reglas de la fase de inicio del tratamiento).

Cuando se debatieron ideas irracionales, tanto en el caso de la terapeuta experta (sesiones 15 y 16) como en el de la terapeuta inexperta (sesión 11) se encontró un aumento o, por lo menos, presencia de reglas de tipo Concepto (la experta emitió 1 y 5 reglas, la inexperta emitió 3).

En el caso de la terapeuta experta, en las sesiones en las que se habló de una recaída del estado de ánimo de la cliente (sesión 13) se emitió un mayor número de reglas Personales (2) y Particulares (3) sobre reglas de tipo Concepto (1). La terapeuta inexperta (sesiones 13 y 14) emitió igual o más reglas de tipo Concepto (2 y 2) que Personales (0 y 2) y Particulares (1 y 2).

Al final del tratamiento, en la sesión 16 del caso de la terapeuta experta, se observó un aumento de reglas (11 reglas frente a 3 de la sesión anterior), específicamente de reglas Indefinidas, de Concepto y Generales. La terapeuta inexperta, en cambio, bajó el número de reglas en general (8 frente a 16 de la sesión anterior).

Comparación de acuerdo al tipo de regla

Se observó que las reglas Particulares y Personales se concentraron en sesiones donde se explicó la conducta problema. Las reglas Concretas, en la terapeuta experta, también se concentraron en la sesión de la explicación de la génesis y mantenimiento del problema. La terapeuta inexperta, sólo emitió dos reglas concretas en todo el tratamiento. Las reglas Indefinidas y Generales se mantuvieron con tasas de emisión muy altas en todo el proceso, con sólo algunos descensos en sesiones puntuales en las que hubo descenso general de reglas o en sesiones específicas en las que se abordaron explicaciones de tópicos muy generales. Las reglas de tipo Concepto, en el caso de la terapeuta experta, consiguieron sus tasas más altas en los momentos relacionados con explicaciones de tópicos muy generales, explicaciones sobre técnicas específicas y en la última sesión, en la que se hizo un resumen de lo aprendido. La terapeuta inexperta mantuvo una baja emisión de estas reglas a lo largo de toda la terapia, excepto de las reglas indefinidas.



Por último, se observa, en el caso de la terapeuta experta, que tanto las reglas Indefinidas y Personales como las Generales y Particulares tuvieron las mismas fluctuaciones, lo que no se observó en el caso de la terapeuta inexperta.

Discusión

Los objetivos de este trabajo fueron analizar el cambio en el tipo de regla de acuerdo a distintos momentos de la terapia y si el grado de experiencia del terapeuta afectó a este cambio. Los resultados señalan, por un lado, un cambio del tipo de regla en distintos momentos de la terapia y, por otro lado, una diferencia en la forma en la que ambas terapeutas ajustaron sus reglas a los distintos momentos de la terapia.

Las similitudes encontradas entre las emisiones de ambas terapeutas sugieren la existencia de un patrón regular. Este patrón consiste en la emisión de una mayoría de reglas Indefinidas y Generales, y una minoría de reglas Concretas y Particulares. Esta mayoría puede significar un intento de las terapeutas, a lo largo de la terapia, para modificar un rango mayor de conductas problemáticas.

Atendiendo a la comparación entre el tipo de regla emitido en distintos momentos por ambas terapeutas, este patrón sugiere que el predominio o escasez de un tipo de regla parece guardar relación con la actividad llevada a cabo.

De esta manera, el escaso número de reglas, que caracteriza a las sesiones donde prima la actividad de evaluación, está relacionado a la actividad predominante en esos momentos, la recogida de información. El alto número de reglas y la mayoría de reglas Personales sobre las de Concepto, que caracterizan a las sesiones destinadas a la explicación de la génesis y el mantenimiento del problema, está relacionada con la explicación detallada de las conductas de la cliente y sus consecuencias como favorecedoras del problema. El aumento de reglas Particulares (por parte de la terapeuta experta y el mantenimiento por parte de la terapeuta inexperta) y de reglas Concretas (sólo por la terapeuta experta) también caracteriza las sesiones destinadas a la explicación de la génesis y el mantenimiento del problema. Este aumento parece estar relacionado a las descripciones sobre personas del entorno de la cliente y situaciones bien delimitadas, necesarias para que la cliente entienda el papel del contexto en el que se desarrolló su problema.

Finalmente, el aumento, o al menos, la presencia de reglas de tipo Concepto, en sesiones donde hay debates, puede señalar que la terapeuta utiliza este tipo de reglas como medio argumental porque le permiten aludir a contingencias que sobrepasen todo límite contextual, consiguiendo así un tono más sentencioso y contundente. Se trata de reglas tan generales que no pueden rebatirse fácilmente porque parecen verdades “universales”.

En cuanto a las diferencias encontradas entre las emisiones de ambas terapeutas, la terapeuta experta emitió un tipo de regla que se ajustó a la actividad llevada a cabo o al cambio del estado ánimo de la cliente.

Así, el aumento de reglas Personales y Particulares, que se observa en las sesiones donde la cliente describe una recaída en su estado de ánimo, está relacionado con la descripción de la hipótesis sobre la causa de la recaída, pues el terapeuta utilizó descripciones donde detalló la conducta de la cliente en torno a las situaciones concretas que han formado parte del cambio del estado de ánimo. El aumento de reglas Concepto, que caracteriza a las sesiones donde se abordaron explicaciones abstractas sobre tópicos generales, también se corresponde con la utilización de términos abstractos para explicar cuestiones tan generales. Además de estas diferencias, se puede señalar otra: el terapeuta experto siempre mantuvo un alto número y variedad de reglas, en tanto que en el inexperto no siempre se observa este patrón.

Por otra parte, la disminución general de reglas que se observa en sesiones donde predomina la emisión de pautas de acción puede deberse a que las verbalizaciones predominantes serían instrucciones para realizar tareas. El hecho de que en el terapeuta inexperto no se observe esta disminución puede significar que el terapeuta inexperto puede tener un poco de dificultades para dar instrucciones directas.

Por último, el mismo patrón de las reglas Indefinidas y Personales que podrían indicar la insistencia de la terapeuta experta para, además de utilizar en mayor medida sujetos indefinidos, anteponer a la cliente como sujeto de las reglas que expone; es decir, acercar la regla lo más posible a la cliente.

En general, la emisión de reglas de la terapeuta experta parece acompañar mejor el cambio de la cliente, iniciando el tratamiento con un mayor número de reglas, disminuyendo conforme ella mejoraba y centrándose en emitir pautas de acción y, finalmente, tras las sesiones de afianzamiento de los logros conseguidos, elevando el número de reglas para cerrar el tratamiento.

En este sentido, se puede observar cómo ambas terapeutas cambian el tipo de regla utilizado atendiendo a distintos momentos de la terapia. Sin embargo, la terapeuta experta tuvo una mayor variabilidad del tipo de regla y esas variaciones tienen significación clínica, es decir, el tipo de regla que emitió parece mantener una relación más evidente con respecto al tipo de actividad que se desarrolla en terapia. De este modo, la terapeuta experta parece haber adecuado su discurso, valiéndose de la forma en la que expresaba sus reglas, a las distintas tareas y objetivos que se perseguían en diferentes momentos del proceso clínico.

Que el tipo de regla predominante tenga relación con la actividad terapéutica que se esté llevando a cabo puede sugerir que distintos tipos de reglas tienen una utilidad distinta en la terapia. Estas actividades terapéuticas forman parte de las actividades clínicamente relevantes que se llevan a cabo durante el tratamiento cognitivo-conductual: evaluar, explicar, tratar y consolidar el cambio (Froján-Parga, Montaña-Fidalgo, Calero-Elvira & Ruiz-Sancho, 2011); las cuales se relacionan con los objetivos que el terapeuta persigue en distintos momentos de la terapia. Sin embargo, ésta es sólo una hipótesis a comprobar en estudios posteriores.

Las reglas Concretas y Particulares, en general, se utilizaron casi exclusivamente en las sesiones en donde abundaron las explicaciones sobre la génesis del problema. Los demás tipos de reglas Personales, de Concepto y, en especial, Generales e Indefinidas se continuaron emitiendo. Esto podría significar que el terapeuta continuó utilizando este tipo de reglas no sólo para explicar la génesis de su problema, sino para extraer la relación de contingencia que intentó enseñar a través de las técnicas, tareas o representación de papeles. De tal modo que el cliente pudiera extrapolar dicha relación a otras fuera del contexto clínico. Es decir, se trataría de reglas que pudiesen ayudar al cliente a discriminar la relación de contingencia que el terapeuta pretendió señalar de forma efectiva y ayudarle a extraer sus propias reglas para que guiaran su conducta en multitud de situaciones. En este sentido, destaca el aumento de reglas Generales, Indefinidas y de Concepto de la última sesión de la terapeuta experta. Esta tendencia de la terapeuta experta por terminar o concluir el proceso terapéutico destacando la relación de contingencia mediante criterios tan generales o abstractos podría ayudar al cliente a abstraer una relación de contingencia de modo que sobrepasara cualquier límite situacional, y por consiguiente, ayudarle a desarrollar sus propias reglas con las que podría aplicar los conocimientos adquiridos a cualquier situación.

Si esto fuera así, podríamos hipotetizar que las reglas de la terapeuta podrían ayudar al cliente a aprender: (1) a discriminar la relación entre su conducta problemática y sus consecuencias y (2) a discriminar la relación de contingencia que destaca una conducta más adaptativa a largo plazo y sus consecuencias. Así, el cliente podría, posteriormente, aplicar la nueva relación de contingencia a otras



situaciones similares fuera del contexto clínico. Predecimos que cuanto mejor comprenda el cliente esta relación, mejor será el resultado del cambio clínico y, sobre todo, su mantenimiento, pues podrá discriminar y aplicar la relación de contingencia que ha aprendido en situaciones nuevas y la regla podría alterar, en el futuro, la función de los estímulos del contexto no clínico que señalan la conducta problema. Desde esta perspectiva, la mayor variación del tipo de reglas que emite la terapeuta experta, podría favorecer que la cliente comprenda mejor esa relación, pues sería más fácil dar a entender una relación de contingencia si se prueba con diferentes expresiones y sería más fácil recordar esas reglas si se especifican y ejemplifican de diferentes formas. Aunque en este trabajo no podemos afirmarlo, sería interesante comprobarlo en estudios posteriores.

Con esta variedad de modos para describir una contingencia, el cliente se expone a una relación de contingencia en distintos contextos, unos más parecidos a situaciones que él conoce y otros más generales. De esta manera, el terapeuta le ayuda al cliente a discriminar mejor la relación de contingencia más adaptativa que le desea enseñar y, por consiguiente, a poder aplicarla a una variedad de situaciones cada vez más amplia de las que ya conoce, pero que probablemente enfrentará en un futuro. Además, el hecho de que la terapeuta experta varíe el tipo de regla ajustándose mejor a la actividad llevada a cabo en terapia y a los cambios de estado de ánimo de la cliente, nos lleva a hipotetizar que adapta mejor su discurso para que la cliente pueda entender su problema en términos funcionales.

Asumimos que existen modos y momentos más efectivos para transmitir esta relación. Aunque el terapeuta tenga muy clara la información que intentará comunicar, la forma de hacerlo puede ser una gran diferencia que se logrará, sobre todo, a la hora de mantener el cambio fuera del proceso terapéutico. El estudio de las reglas puede ayudarnos a encontrar el modo más efectivo para comunicar al cliente los criterios de cómo deberá conducirse ante situaciones futuras. Por otra parte, si se tiene en cuenta que las reglas se caracterizan por describir criterios que se pueden aplicar a distintas situaciones, podrían ayudarnos a entender cómo el cliente aprende a desarrollar criterios sobre sistemas de contingencia que podrá aplicar fuera del contexto clínico. Del mismo modo, sería interesante comprobar en estudios posteriores si la emisión de reglas más generales favorece la capacidad del cliente para generalizar los conocimientos adquiridos fuera de la sesión.

Teniendo en cuenta la muestra, es muy pronto para aventurarse con la generalización de los hallazgos encontrados. Al tratarse de dos casos con el mismo tipo de problemática, parece que el patrón de regla encontrado no depende de este factor. En este sentido, falta analizar si aumentando la muestra y comparando distintas problemáticas los hallazgos de este estudio se mantienen.

En próximas investigaciones es crucial analizar si el patrón encontrado y las diferencias entre terapeutas con distinto grado de experiencia se mantienen en una muestra más amplia. Además, estudiar si un tipo de regla es más efectivo que otro para ciertas actividades o momentos de la terapia, puesto que nuestro objetivo final es obtener datos que nos ayuden a configurar un mejor ejercicio terapéutico.

Hasta ahora hemos observado cómo cambian las reglas emitidas por el terapeuta, variaciones que tienen significación clínica y señalan el continuo intento de la terapeuta en destacar la relación de contingencia más adaptativa de un modo que pueda aplicarse a toda situación pertinente. Estos cambios se dan conforme la conducta de la cliente también cambia. Lo que falta saber es cómo se produce el cambio en el cliente, lo cual intentaremos analizar en estudios posteriores.

Del mismo modo, en trabajos posteriores intentaremos analizar si estas reglas del terapeuta controlan la conducta del cliente. Teniendo en cuenta que la experiencia es fundamental para la descripción de una regla (Martínez & Tamayo, 2005; Ribes-Iñesta, 2000), las reglas formuladas por una persona no son necesariamente reglas para quien las escucha. Desde este punto de vista, las reglas del



terapeuta no tienen la misma función para el cliente y son reglas sólo para el terapeuta. De hecho, tomando en cuenta que el control instruccional es un prerrequisito complejo de la conducta gobernada por reglas (Martínez & Tamayo, 2005), podría suceder que una instrucción dada por el terapeuta se pudiera convertir en una regla para el cliente. Sería muy interesante estudiar si esto fuera posible y cuáles serían las condiciones necesarias para que esto ocurra.

Por otra parte, dado que los resultados muestran que las categorías propuestas se distribuyen adecuándose al momento de la terapia y dichas adecuaciones tienen coherencia clínica, podemos concluir que, en principio, el instrumento desarrollado parece tener cierta validez para analizar este tipo de verbalizaciones.

Este estudio nos ha hecho posible observar paso a paso el cambio de reglas a través del proceso terapéutico y las variaciones en las mismas relacionadas al grado de experiencia del terapeuta, lo que nos permite tener un panorama general del fenómeno e identificar puntos que intentaremos analizar en estudios posteriores. En definitiva, constituye el primer paso para entender el papel de las reglas en terapia e identificar algunas directrices que podrían llevar a un mejor ejercicio clínico.

Referencias

- Abreu, P. R., Costa Hübner, M. M. & Lucchese, F. (2012). The role of shaping the client's interpretations in functional analytic psychotherapy. *The analysis of verbal behavior*, 28, 151-157. Retrieved from: <http://www.abainternational.org/TAVB.asp>
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H. T. Reis, H. T. & Judd, C. M. (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (138-159). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Richardson, J. V. & Barnes-Holmes, D. (2007). The differential effect of instructions on dysphoric and nondysphoric persons. *The Psychological Record*, 57, 543-554. Retrieved from: <http://thepsychologicalrecord.siu.edu/index.html>
- Benedick, H. & Dixon, M. R. (2009). Instructional control of self-control in adults with co-morbid developmental disabilities and mental illness. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21, 457-471. [doi:10.1007/s10882-009-9166-4](https://doi.org/10.1007/s10882-009-9166-4)
- Catania, A. C. (1989). Rules as classes of verbal behavior: A reply to Glenn. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 49-50.
- Cuper, P., Merwin, R. & Lynch, T. (2007). Personality disorders. En Sturmey, P. (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (403-427). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. [doi:10.1016/B978-012372544-8/50021-5](https://doi.org/10.1016/B978-012372544-8/50021-5)
- Chase, P. N., & Danforth, J. S. (1991). The role of rules in concept learning. En L. J. Hayes, H. J. y Chase, P. N. (Eds.), *Dialogues on verbal behavior: The first international institute on verbal relations* (205-225). Reno, US: Context Press.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A. & Ruiz-Sancho, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapia y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22, 69-85. [doi: 10.5093/cl2011v22n1a5](https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a5)



- Froján Parga, M. X., Ruiz Sancho, E. M., Montaña Fidalgo, M., Calero Elvira, A., & Alpañés Freitag, M. (2011). Estudio comparativo de la conducta verbal de la terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica. <http://hdl.handle.net/10201/26519>
- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 273-288. [doi:10.1016/j.brat.2005.02.004](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.004)
- Glenn, S. S. (1989). On rules and rule-governed behavior: A replay to Catania's reply. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 51-51.
- Hayes, S. C., Blackledge, J. T. & Barnes-Holmes, D. (2001). Language and cognition: Constructing an alternative approach within the behavioral tradition. En Hayes, S. C., Barnes-Holmes & D. Roche, B. (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (3-20). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. F., Zettle, D., R. & Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. En Hayes, S. F. (Ed.), *Rule Governed Behavior: Cognition, Contingencies and Instructional Control* (191-220). Nueva York: Plenum Press.
- Kanter, J. W., Cautilli, J. D., Busch, A. M. & Baruch, D. E. (2011). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: five environmental factors and possible sixth and seventh. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 5-14. Retrieved from: <http://www.baojournal.com/IJBCT/IJBCT-7-1/IJBCT-7-1.html>
- 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.
- Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira, A., & Galván-Domínguez, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, 24(2), 55-65. [doi:10.1016/S1130-5274\(13\)70007-0](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70007-0)
- Martinez, H. & Tamayo, R. (2005). Interactions of contingencies, instructional accuracy, and instructional history in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 55, 633-646. Retrieved from: <http://thepsychologicalrecord.siu.edu/index.html>
- Merwin, R. M., Timko, C. A., Moskovich, A. A., Konrad, Ingle, K. K., Bulik, C. M. & Zucker, N. L. (2010). Psychological inflexibility and symptom expression in Anorexia Nervosa. *The Journal of Treatment & Prevention*, 19, 62-82. [doi:10.1080/10640266.2011.533606](https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533606)
- Palmer, D. C. (2012). The Role of Atomic Repertoires in Complex Behavior. *The Behavior Analyst*, 35, 59-73. Retrieved from: <http://www.abainternational.org/TBA.asp>
- Plaud, J. J. & Newberry, D. E. (1996). Rule-governed behavior and pedophilia. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 8, 143-159. [doi:10.1007/BF02258007](https://doi.org/10.1007/BF02258007)
- Plaud, J. J. & Plaud, D. (1998). Clinical Behavior Therapy and the experimental analysis of behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 905-921. [doi:10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199811\)54:7<905::AID-JCLP5>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<905::AID-JCLP5>3.0.CO;2-D)
- Ribes-Iñesta, E. (2000). Instructions, rules, and abstraction: A misconstrued relation. *Behavior and Philosophy*, 28, 41-55. Retrieved from: <http://www.behavior.org/resource.php?id=90>



- Reese, H. W. (1989). Rules and Rule-Governance. Cognitive and behavioristic views. En S. C. Hayes. (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (. 325-357). New York: Plenum Press.
- Schlinger, H. D. (1990). A reply to behavior analysts writing about rules and rule-governed behaviour. *The Analysis of Verbal Behaviour*, 8, 77-82. Retrieved from: <http://www.abainternational.org/TAVB.asp>
- Schlinger, H. D. (2008). Conditioning the behavior of the listener. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 309-322. Retrieved from: <http://www.ijpsy.com/volumen8/num3/207.html>
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas.
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M. & Doran, E. (2007). Advanced concepts and methods of intervention in behavioral approaches to psychopathology. En Sturmey, P. (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (51-64). San Diego: Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-012372544-8/50004-5>
- Törneke, N., Luciano, C. y Valdivia, S. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156. Retrieved from: <http://www.ijpsy.com/volumen8/num2/191.html>
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.