



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

ISSN: 2174-0550

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Cruz, Ivette Vargas-de la; Martínez, Héctor; Froján-Parga, María Xesús
Una Extensión del Concepto de Regla y su Aplicación a la Terapia Psicológica
Clínica y Salud, vol. 29, núm. 2, 2018, pp. 63-70
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2018a10>

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180655873003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Una Extensión del Concepto de Regla y su Aplicación a la Terapia Psicológica

Ivette Vargas-de la Cruz^a, Héctor Martínez^a y María Xesús Froján-Parga^b

^aUniversidad de Guadalajara, México; ^bUniversidad Autónoma de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de enero de 2018

Aceptado el 11 de febrero de 2018

Online el 23 de abril de 2018

Palabras clave:

Conducta gobernada por reglas
Instrucciones
Proceso clínico
Contingencias
Generalización

Keywords:

Rule-governed behavior
Instructions
Clinical process
Contingencies
Generalization

R E S U M E N

Proporcionar y seguir reglas se ha considerado un factor importante en la eficacia de los tratamientos psicológicos; sin embargo, hace falta una clarificación conceptual de lo que se entiende por emitir o seguir una regla y su aplicación en el ámbito clínico. Partiendo de una revisión sobre el concepto original de conducta gobernada por reglas, nuestro propósito fue extender la definición de esta conducta orientada al proceso terapéutico. Esta definición permite su identificación y estudio momento a momento a lo largo del proceso. La extensión de esta definición puede ayudarnos a identificar el papel funcional de las reglas en el cambio terapéutico y las variables involucradas que contribuyen al entendimiento de fenómenos clínicos como la generalización. Los hallazgos que se desprendan del estudio de las reglas desde esta perspectiva podrían contribuir a aumentar la información sobre el proceso de cambio terapéutico y la mejora del ejercicio clínico.

An extension of the concept of rule and its application to therapy

A B S T R A C T

Providing and following rules has been considered an important factor in the effectiveness of psychological treatments; however, a conceptual clarification is needed of what is meant by issuing or following a rule and its application in the clinical setting. Based on a review of the original concept of rule-governed behavior, our purpose was to extend the definition of this behavior oriented to the clinical process. This definition allows its identification and study moment by moment throughout the therapeutic process. The extension of this definition can help us to identify the functional role of rules in clinical change and the variables involved that contribute to the understanding of clinical phenomena such as generalization. The findings that emerge from the study of rules from this perspective could increase the information on the therapeutic change process and, therefore, contribute to the improvement of clinical practice.

Skinner (1966) propuso dos opciones para la solución de un problema: a través de la exposición directa a las contingencias o produciendo verbalizaciones que derivan en reglas que ejercen el control de la conducta subsecuente. En otras palabras, con base en la fuente de control, Skinner estableció una distinción entre dos tipos de conducta: una moldeada por las contingencias y otra gobernada por reglas. Posteriormente, Skinner (1969/2013) precisó el término de regla para designar a un estímulo discriminativo verbal que da lugar a una conducta originada por la descripción de las contingencias. Aunque existen estudios que consideran conceptualmente a las reglas como un factor clave para el cambio terapéutico (ver Sturme, Ward-Horner, Marroquin y Doran, 2007), aún se requiere una clarificación conceptual y mayor sustento empírico que respalde el papel funcional de las reglas en este

ámbito. Partiendo de la definición original de la conducta gobernada por reglas, consideramos relevante establecer una extensión al ámbito clínico del concepto de regla formulado inicialmente para el análisis de la solución de problemas (Skinner, 1974). Esta extensión puede ayudarnos a identificar el papel de las reglas del terapeuta y del cliente en el cambio terapéutico, las condiciones que dan lugar a su emisión y ganar una mayor comprensión de los objetivos primordiales de la terapia, como el mantenimiento y la generalización del cambio al ambiente natural del cliente. Desde esta perspectiva, los hallazgos que se desprendan del análisis de las respuestas verbales denominadas reglas redundarán en mejorar el proceso terapéutico. Existe un acuerdo general sobre la importancia de la conducta verbal del terapeuta y del cliente para la consecución de los objetivos de la terapia. Dado este consenso, el análisis

Para citar este artículo: Vargas-de la Cruz, I., Martínez, H. y Froján-Parga, M. X. (2018). Una extensión del concepto de regla y su aplicación a la terapia psicológica. *Clínica y Salud* 29, 63-70. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a10>

Financiación. Este estudio ha sido financiado por la Red de Trastornos Adictivos (Convocatoria RETICS 2012, Instituto de Salud Carlos III), Grupo Universidad de Granada. Correspondencia: rosa.vargas@academico.udg.mx (I. Vargas-de la Cruz).

ISSN:1130-5274/© 2018 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

funcional de la conducta verbal dentro del ámbito clínico puede ser de valor para identificar las variables que controlan el desarrollo del proceso terapéutico. En particular, se ha demostrado que el empleo de ciertas verbalizaciones puede ser relevante para contribuir a un cambio eficaz, ya que su emisión puede variar funcionalmente dependiendo de las fases del proceso terapéutico (Froján-Parga, Ruíz-Sancho y Calero-Elvira, 2016; Ruíz-Sancho, Froján-Parga y Galván-Domínguez, 2015). El análisis de estas verbalizaciones tiene una doble utilidad: (a) analizar la emisión de verbalizaciones por parte del terapeuta basadas en su experiencia clínica, es decir, en su propia historia de exposición a las contingencias durante la atención terapéutica, y (b) el análisis de las verbalizaciones del cliente derivadas de la interacción con el terapeuta dentro del contexto clínico y las que se originan a partir de su exposición a las contingencias fuera de ese contexto. Por ejemplo, el empleo de verbalizaciones por parte del terapeuta puede tener una función motivadora o instruccional, como reforzador o de castigo, entre otras. Estas verbalizaciones consisten en un tipo de conducta verbal que ha cobrado relevancia con relación a la formulación y emisión de reglas del terapeuta y del cliente durante el transcurso del tratamiento.

Basándonos en esta concepción de regla, podemos extraer algunos puntos fundamentales que debería tener una verbalización para ser considerada una regla dentro del campo clínico: (a) señala una relación de contingencia compuesta en su modo más modélico por una situación, una conducta y una consecuencia, aunque en ciertas ocasiones, los elementos pueden estar presentes de manera implícita; (b) a diferencia de una instrucción, que solo describe la especificidad de una situación particular, una regla ejerce el control ante una variedad de circunstancias, es decir, está dirigida a clases de respuestas y por lo tanto, la relación de contingencia descrita en la verbalización se puede aplicar a distintos contextos; (c) una regla puede ser formulada aun cuando su emisión ocurra en forma silente. Sin embargo, esta condición dificulta su identificación y no podemos estudiarla si no es verbalizada en voz alta dentro de la terapia, de manera que para estudiar este tipo de verbalizaciones en el campo clínico debemos tomar en cuenta sólo aquellas que son emitidas de forma oral y susceptible de ser registrada; por último, (d) tomando en cuenta la aportación teórica de Schlinger y Blakely (1987), una regla puede alterar la función de un estímulo, haciendo que éste adquiera una función distinta. Por ejemplo, como los autores señalan, si a una persona se le señala “indica este hongo es venenoso”, un hongo, que en principio tendría una función neutra, cambia a una función discriminativa. O, por ejemplo, se puede cambiar una función de estímulo aversiva ante el berrinche de un niño por una discriminativa ante la regla “cada vez que no accedas ante el berrinche del niño, estás logrando que la conducta de berrinche pierda fuerza”. Sin embargo, dado que estas verbalizaciones se estudian dentro del contexto de la terapia, no podemos verificar dicha función discriminativa; sólo podemos asumir que potencialmente pueda tener esta función.

Si reunimos los criterios antes mencionados, podemos definir una verbalización que ejerce la función de una regla cuando especifica una relación de contingencia regular y generalizable a distintos contextos que puede alterar la función de los elementos que constituyen una secuencia conductual. Tomando en cuenta esta definición, podríamos identificar las reglas que se emiten dentro del contexto de la terapia y su análisis momento a momento a lo largo de ésta. Al estudiar unidades pequeñas, como las verbalizaciones que se emiten en la terapia, es posible el estudio del mecanismo específico de cambio terapéutico sesión a sesión, cambios que pueden ir ligados a resultados intermedios y finales de la terapia (Knobloch-Fedders, Elkin y Kiesler, 2014). De esta forma, el estudio de la emisión de reglas a lo largo del proceso terapéutico puede contribuir a la clarificación de la dinámica funcional de este tipo de verbalizaciones en la consecución progresiva del cambio clínico.

La Conducta Gobernada por Reglas Aplicada a la Terapia Psicológica

Parte de la investigación sobre reglas en el ámbito terapéutico se ha centrado en los aspectos de las reglas que explican los problemas psicológicos y, por tanto, determinan su tratamiento. Dichos aspectos son: (a) los tipos de reglas y (b) falla la formulación y/o el seguimiento de la regla por defecto o por exceso.

En cuanto a los tipos de reglas potencialmente explicativos de los problemas psicológicos, encontramos tres tipos: (1) *pliance*: el seguimiento de reglas motivado por la obtención de consecuencias mediadas por otros; el individuo que formule excesivos *pliances* tenderá a buscar siempre el reforzamiento social y a evitar el castigo complaciendo a los demás; (2) *tracking*: el seguimiento por rastreo de huellas, es decir, el individuo tendrá un problema al intentar aplicar una regla en contextos donde no se pueda funcionar; (3) *augmenting*: el seguimiento por alteración en el que el individuo encontrará un problema al incrementar la insensibilidad al cambio de las contingencias (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001; Torneke, Luciano y Valdivia, 2008).

En cuanto a los estudios que intentan explicar los problemas psicológicos en función de un excesivo seguimiento o elaboración de reglas, concluyen que: (a) la conducta puede ser descrita como obsesiva, ansiosa, rígida o insensible, (b) se desarrolla el llamado trastorno de “evitación experiencial”, el cual se adquiere al evitar los eventos aversivos públicos que pueden llevar al individuo a generalizar dicha evitación hacia los eventos privados negativos (Baruch, Kanter, Busch, Richardson y Barnes-Holmes, 2007), y (c) incrementa la insensibilidad a las contingencias, que puede promover el desarrollo de distintos problemas psicológicos, como la bulimia (Ghaderi, 2006) o la depresión (McAuliffe, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2004). Por el contrario, cuando existe una falta de elaboración o seguimiento de reglas, la persona tiene problemas con su automanejo y es sensible solamente a las recompensas inmediatas sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (Kanter, Cautilli, Busch y Baruch, 2011). Estas investigaciones se basan en la Teoría del Marco Relacional, cuyos hallazgos se han extendido ampliamente al campo clínico (ver Zettle, 2011).

Otros investigadores, como Clavijo (2004), sólo dan importancia a la formulación de las reglas y no al número de reglas elaboradas. Este autor argumenta que cuando una persona se ha tenido que adaptar a una situación sin haber formulado una regla sobre su comportamiento, es decir, sin haber podido identificar y verbalizar cómo funciona el sistema de contingencias que ha dirigido su conducta, es más probable que desarrolle algún tipo de problema psicológico en el futuro. A este respecto, Plaud y Plaud (1998) asumen que el problema no reside solamente en la formulación de una regla, sino en la formulación de reglas inexactas, no realistas o inefectivas. Estas reglas erróneas se mantienen porque ajustan a las contingencias naturales presentes ocasionalmente o porque se ocultan las inconsistencias con la regla al estar esta mal descrita. Poppen (1989), en la misma línea, ha señalado que la propia consistencia con la regla puede ser reforzante en sí misma al provocar beneficios secundarios a corto plazo (e.g., obtener atención de los demás).

Además de estos estudios, que sustentan teóricamente la importancia de las reglas para explicar los problemas psicológicos, existen otros que consideran a estas verbalizaciones como una herramienta importante para el desarrollo de intervenciones clínicas. Se ha estudiado la influencia de las reglas para el tratamiento de problemas psicológicos específicos, como la depresión (Baruch et al., 2007; Kanter et al., 2011), trastornos de alimentación (Merwin et al., 2010), trastornos de personalidad (Cuper, Merwin y Lynch, 2007), pedofilia (Plaud y Newberry, 1996), autocontrol (Benedick y Dixon, 2009) o problemas del neurodesarrollo (según lo enmarca el DSM-V), como el autismo (Tarbox, Zuckerman, Bishop, Olive y O'Hara, 2011). También se ha destacado la utilidad de las reglas para el desarrollo

de intervenciones más generales. Por ejemplo, en casos donde la formulación de reglas es insuficiente se ha sugerido el incremento del control ejercido por reglas, el incremento de la insensibilidad a las contingencias y el aprendizaje de nuevas reglas como medidas de tratamiento (Hayes y Ju, 1998). Así, la explicación del cambio clínico estaría relacionada con el incremento o disminución de reglas en el discurso del cliente. De manera contraria, cuando el problema psicológico está relacionado con una excesiva formulación de reglas, el tratamiento se dirige a eliminar o reducir el control que en ese momento tienen las reglas y a utilizar el moldeamiento social (Hayes y Ju, 1998) o bien terapias que enfatizan los efectos experimentales del aprendizaje, minimizando las pautas directas del terapeuta, incrementando el uso de ejercicios experienciales no vocales, haciendo uso de la metáfora y aplicando técnicas paradójicas con el propósito de disminuir la insensibilidad (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989).

Bajo una perspectiva distinta, atendiendo a las explicaciones mencionadas de Plaud y Plaud (1998) y Poppen (1989) sobre la base de los problemas psicológicos, el tratamiento no estaría relacionado con cambiar el número de reglas, sino con modificar el contenido de las reglas del cliente hasta hacerlas más adaptativas a largo plazo. En este sentido, se ha destacado que las técnicas cognitivas se limitarían a intervenir sobre las reglas que controlan la conducta de un individuo (Zettle y Hayes, 1983).

Al parecer, existe cierto consenso en determinar que las reglas tienen un papel importante en la explicación y tratamiento de los problemas psicológicos, es decir, en el cambio clínico. Lo que aún resta por responder es cómo contribuyen a cambiar la conducta del paciente. Sin embargo, para poder responder esta cuestión a través del estudio de las reglas en el campo terapéutico, hace falta una clarificación conceptual del término. En este sentido, la definición original de Skinner, desde nuestra perspectiva, podría ayudarnos a clarificar el concepto de regla y, de este modo, a entender mejor cómo las reglas del terapeuta, y también las del propio cliente, participan en el cambio clínico.

Construcción de Estímulos Discriminativos para la Solución de Problemas Clínicos

Aunque no hay un consenso sobre el papel que tienen las reglas en la consecución de los objetivos de la terapia, parece claro que constituyen un factor importante tanto para entender mejor el proceso del cambio como para entender el cambio mismo. Sin embargo, hace falta evidencia empírica que demuestre su importancia y clarifique su papel y creemos que el concepto de regla de Skinner puede ayudar a explicar mejor la generación de una regla y su transmisión dentro de la terapia, lo que, a su vez, contribuye a explicar cómo ocurre el cambio clínico y el valor de las reglas en dicho cambio. De acuerdo con Skinner (1966), un problema es un conjunto de contingencias más o menos complejas para las cuales el individuo no encuentra una respuesta efectiva inmediata. Cuanto más complejas sean las contingencias, más dificultades tendrá el sujeto. La solución de tales problemas involucraría la construcción y transmisión de un estímulo discriminativo verbal (Skinner, 1966); es decir, cuando enfrentamos un problema suele ser necesario generar marcas en el ambiente que nos ayuden a conducir hacia una solución apropiada. Skinner plantea una situación hipotética para ejemplificar la construcción de un estímulo discriminativo: supongamos que nos piden recoger en la banda de la terminal de un aeropuerto una maleta que no conocemos y sólo contamos con el ticket de identificación de la maleta. Para no revisar varias veces la misma maleta, conviene marcar las maletas que no son las que buscamos. De esta manera, la marca en las maletas adquiere la función de estímulo discriminativo. Skinner agrega que este tipo de marcaje se puede hacer de manera verbal como, por ejemplo, cuando identificamos las manzanas rojas (el color es el

estímulo discriminativo) como dulces (el sabor es el reforzador) para distinguirla de una manzana ácida, es decir, el rojo de la manzana lo marcamos como dulce. Otro ejemplo podría ser cuando el terapeuta, para tratar de resolver los berrinches del niño por obtener el teléfono móvil de la madre, identifica las subsecuentes conductas típicas de los padres (i.e., darle el móvil). Skinner (1969/2013) clasificó estas marcas verbales como reglas derivadas de ese análisis. De esta forma, se podría formular la regla “cuando tiene un berrinche porque se le ha negado jugar con el móvil de mamá, darle el móvil sólo servirá para que deje de llorar a corto plazo, pero a largo plazo los berrinches seguirán” o, finalmente, “cuando el niño tiene berrinches, si se le da lo que pide, cada vez que quiera algo tendrá berrinches”. Ante una situación de berrinche, seguir la regla formulada podría resolver el problema en menos tiempo que probar con distintas conductas hasta que una dé resultado.

Esta marca verbal o regla, como estímulo discriminativo, es efectiva como parte de un conjunto de contingencias de reforzamiento. Según Skinner (1969/2013), “una especificación completa debe incluir el reforzador, el cual ha moldeado la topografía de una respuesta y la trae bajo el control del estímulo” (p. 148). De esta forma, se puede interpretar que una regla va adquiriendo una función discriminativa que no tiene inicialmente, como ocurre con cualquier estímulo no verbal. Skinner (1974) argumenta que al intentar resolver cierta tarea, por la manera en que se comporta, el sujeto ya está reflejando su historia de reforzamiento. Bajo este supuesto, una persona que está marcando verbal o no verbalmente su ambiente para resolver un problema, elige, con base en su historia de reforzamiento, ciertas verbalizaciones que actuarán como un estímulo discriminativo que enuncie la conducta que asume que resolverá el problema. En ocasiones estas verbalizaciones incluyen la aparición de un reforzador y su utilidad para futuras contingencias. Por tanto, las respuestas verbales para resolver un problema van cambiando hasta consolidarse como una regla que podrá ser usada en futuras situaciones. Volviendo al ejemplo del niño que tiene berrinches, cuando se le niega jugar con el móvil de mamá, el terapeuta tiene ya un conocimiento clínico previo de la historia de reforzamiento que le permite identificar que si se le devuelve el móvil el niño dejará de llorar enseguida, pero que a largo plazo los berrinches volverán cada vez que se le niegue el móvil; así, el terapeuta sabe que la clave está en que la madre ignore las rabietas. De esta manera, no prestar atención al niño cuando tiene berrinches y prestarle atención cuando se comporta apropiadamente se convierte en la regla que la madre debe aplicar para cualquier tipo de berrinche. En principio, esta regla la formula el terapeuta y se la transmite a la madre. Para que se convierta en una regla para la madre, tiene que exponerse ella a las contingencias para derivar así su propia regla.

La forma de resolver el problema siguiendo esta regla generada es un ejemplo de lo que Skinner (1966) denominó conducta gobernada por reglas. Intentar resolver el problema mediante la aplicación de distintas conductas hasta conseguir buenos resultados es un ejemplo de lo que Skinner denominó conducta moldeada por las contingencias. Para Skinner (1974) estos dos tipos de conductas muestran conocimientos sobre las contingencias, pero están bajo el control de estímulos distintos. En el caso de la conducta moldeada por las contingencias, los estímulos pueden no ser verbales y en el de la conducta gobernada por reglas, el control siempre es ejercido por estímulos verbales. Skinner (1974) destaca que la conducta gobernada por reglas se aprende más rápido que la conducta gobernada por contingencias, que es mucho más fácil obtener progresos de la aplicación de reglas que de la exposición a contingencias similares, especialmente cuando las contingencias son complejas, ambiguas o imprecisas, y que es más duradera en el tiempo.

La construcción de estímulos discriminativos en forma de reglas para la solución de un problema puede hacerse mediante la exposición a las contingencias directas, en cuyo caso se trataría de un proceso de inducción. Este proceso se aplicaría cuando:

Los estímulos que evocan una conducta apropiada a un conjunto de contingencias se derivan de la exposición a las contingencias o de la inspección directa de un sistema de reforzamiento. En este sentido, inducción... es la construcción de una regla la cual genera una conducta apropiada a un conjunto de contingencias. Las reglas de segundo orden son descubiertas inductivamente cuando se encuentra que efectivamente producen nuevas reglas de primer orden (Skinner, 1966, p. 235).

De acuerdo con Skinner (1969/2013), otra forma de construir estos estímulos discriminativos es a través de la manipulación de otras reglas que generan, a su vez, nuevas reglas. Este procedimiento es de tipo deductivo. Según Skinner (1966):

La deducción es otra forma de construir un estímulo discriminativo. Máximas, reglas y leyes son objetos físicos y pueden ser manipulados para producir otras máximas, reglas y leyes. Reglas de segundo orden para manipular las reglas de primer orden son derivadas de descubrimientos empíricos del éxito de ciertas prácticas o del examen de sistemas de mantenimiento de contingencias el cual es descrito por las reglas de primer orden... Las reglas de segundo orden... son descubiertas deductivamente desde un análisis de reglas de primer orden o de un análisis de las contingencias que ellas describen (p. 235).

En el caso de clínica, las reglas del terapeuta podrían facilitar la identificación de los rasgos pertinentes que contribuyen a la solución de un problema. Una vez que el cliente se expone a las contingencias naturales, estas reglas del terapeuta suponen marcas en su ambiente, las cuales facilitarán la identificación de los rasgos y las relaciones pertinentes en el ambiente natural del cliente. De esta forma el cliente podría aprender a generar sus propias reglas. A modo de ejemplo, la regla generada por el terapeuta, "no prestar atención al niño cuando tiene berrinches y, en cambio, prestarle atención cuando se comporta apropiadamente, tendrá como consecuencia la disminución de los berrinches", sería una regla de primer orden. Esta regla, escuchada durante la sesión clínica, tendría una función instruccional para el cliente. A su vez, el cliente, al enfrentarse a las contingencias naturales fuera del contexto clínico, estaría habilitado para aplicar esta regla de primer orden y configurar por sí mismo otras de segundo orden con las que pueda relacionar la regla de primer orden (instrucción para el cliente). Una regla de segundo orden formulada por el cliente podría ser "cuando el niño tiene berrinches, si me comporto como si no escuchara nada y me pongo a hacer cualquier actividad, el niño dejará de tener berrinches en un rato" o "conforme ignoro los berrinches del niño, los berrinches son más cortos".

El otro caso de construcción de reglas de forma deductiva durante el proceso clínico estaría reflejado en las reglas que el cliente genera a través de la discusión de las reglas del terapeuta y sus propias reglas. Por ejemplo, a través de técnicas como el debate socrático, el cliente genera sus propias reglas de segundo orden al poner en contraste sus reglas previas con las reglas de primer orden del terapeuta (i.e., "no prestar atención al niño cuando tiene berrinches y, en cambio, prestarle atención cuando se comporta apropiadamente" sería la regla de primer orden, que se pone en contraste con, por ejemplo, "presto atención al niño cuando tiene rabietas porque deja de llorar"). Con esta base, el cliente podría llegar a producir la regla de segundo orden (i.e., "conforme ignoro los berrinches del niño, el niño llora menos tiempo").

Transmisión de Estímulos Construidos para la Solución de Problemas Clínicos

Esas marcas en el ambiente para resolver un problema tienen la capacidad de ser transmitidas. Ahora bien, hay una diferencia fundamental entre construir una regla y seguir una regla. Skinner (1969/2013) sugiere que la principal diferencia entre el seguimiento

de reglas y la construcción de reglas derivadas de la exposición a las contingencias está en que la conducta de seguir una regla es evocada por el estímulo que posee la propiedad de evocar una respuesta, posiblemente sin exponerse a las contingencias. Para exponer estas diferencias de manera menos abstracta, Skinner pone de ejemplo la forma de relacionarse con una ciudad. La conducta de pasear por la ciudad para conocerla sería un ejemplo de conducta moldeada por las contingencias. Un mapa en el cual una ruta está marcada es un ejemplo de regla derivada de las contingencias porque implica descripciones de una situación, conducta y consecuencia. La conducta de seguir las indicaciones de un mapa sería un ejemplo de conducta controlada por reglas o seguimiento de reglas.

Otra diferencia, según Skinner (1974), entre un seguimiento de reglas y una regla derivada de las contingencias es que la conducta de seguimiento de las reglas, al igual que la conducta moldeada y mantenida por las contingencias, está usualmente bajo el control de diferentes estados de privación o estimulación aversiva y son conductas efímeras e insustanciales. En cambio, las reglas derivadas de las contingencias, en la forma de enunciados que especifican situaciones, conductas y consecuencias, son objetivas y durables. Por tanto, pareciera que existe una diferencia entre seguir las reglas que una persona ha derivado de las contingencias a las que ha sido expuesto y las reglas que otra persona ha generado y le ha transmitido.

En ocasiones no es sencillo identificar las variables que controlan la formulación y el seguimiento de una regla. Se han intentado establecer diferencias funcionalmente, las cuales proponen que: (1) la conducta gobernada por reglas sugiere el control de una gran variedad de circunstancias, ya que describe una generalidad más allá del contexto en el que una regla ha sido formulada; cuando una regla es transmitida a otra persona es considerada una instrucción para aquel que la sigue, en cuyo caso la instrucción se convierte en específica, debido a que se aplica a una situación particular, es decir, una conducta controlada por instrucciones sugiere límites situacionales (Cerutti, 1989; Martínez y Tamayo, 2005); (2) una conducta gobernada por reglas se refiere a las contingencias descritas que se formulan a través de exposición a las contingencias, en tanto que una conducta controlada por instrucciones no depende de la exposición previa a las contingencias que describen las instrucciones; desde esta perspectiva, las reglas formuladas por una persona no implican que sean instrucciones para quien las escucha. Apoyando esta diferencia, se ha propuesto que el control instruccional es un prerequisite complejo de la conducta gobernada por reglas (Martínez y Tamayo, 2005), es decir, que una instrucción dada puede convertirse en una regla una vez que el sujeto puede describir las contingencias por las cuales ha realizado su conducta.

En el caso de la clínica, fundamentalmente en la parte de la terapia dedicada a la explicación del análisis funcional y plan de tratamiento, el terapeuta intentará transmitir los estímulos discriminativos que ha identificado como importantes y las consecuencias relacionadas a su problemática, como por ejemplo, la regla "no prestar atención al niño cuando tiene berrinches y, en cambio, prestarle atención cuando se comporta apropiadamente". De esta forma, el cliente (en este caso el padre o la madre) podrá relacionar la conducta de no prestar atención al niño cuando tiene un berrinche, a pesar de que la rabietta aumentará a corto plazo, con la consecuencia de que los berrinches del niño no persistan a largo plazo. Así, una regla de este tipo le ayudaría al terapeuta a enseñar al cliente a identificar los refuerzos no evidentes, en este caso a largo plazo, de dicha contingencia.

La regla mencionada, "no prestar atención al niño cuando tiene berrinches y, en cambio, prestarle atención cuando se comporta apropiadamente", ha sido derivada por la experiencia y conocimiento del terapeuta, es decir, es producto de su exposición a las contingencias. Ahora, supongamos que el terapeuta ha dicho tal regla a los padres del niño. La próxima vez que el niño tenga un berrinche, los padres deberán poner en práctica la regla. Entonces, la conducta de los padres de no prestar atención al niño hasta que deje de llorar

sería un ejemplo de control instruccional. En este caso, la regla del terapeuta funcionalmente se ha convertido en una instrucción para los padres que deberán llevar a cabo en cada situación de berrinche.

El terapeuta va a transmitir unas reglas que el cliente atenderá como instrucciones. Ahora bien, cuando el cliente se expone a las contingencias siguiendo las instrucciones del terapeuta, asumimos que va construyendo los estímulos discriminativos verbales que finalmente conformarán su propia regla. Una vez que el cliente aplique estas reglas y se enfrente a nuevas contingencias, estará en mejor disposición de generar a su vez nuevas reglas. Por ejemplo, después de enfrentarse a las contingencias reales, a cada situación de berrinche, el padre o madre del niño construye sus propias reglas, las que incluirán la conducta llevada a cabo para ignorar la conducta de berrinche e identificar la conducta del niño cuando cesa la rabieta, el tipo de atención dirigida al niño una vez que ha dejado llorar. De esta forma, el cliente podría generar nuevas reglas derivadas de las contingencias que ejercerán control sobre su conducta posterior.

Aportaciones del Concepto de Regla al Campo Clínico: las Reglas en la Generalización y Mantenimiento del Cambio Clínico

Un punto fundamental dentro de la terapia es que el cliente aprenda a transferir lo adquirido durante la terapia a su entorno natural, pero aún no tenemos una explicación completa de cómo lo logra ni qué hace el terapeuta para favorecer dicha transferencia. Algunos teóricos apuntan que las reglas podrían ser importantes para explicar este proceso. Palmer (2012) considera que una regla, al ser un conjunto de respuestas elementales bajo el control de un estímulo antecedente verbal que puede ser evocado ante variaciones por la disposición de estímulos correspondientes, permite la adquisición de una topografía de respuesta adaptativa al contexto natural. Así, se puede explicar que una conducta aprendida en el contexto de laboratorio (o contexto clínico) tenga lugar en el contexto natural mediante el reforzamiento de contingencias naturales que se dieron en el laboratorio o durante la sesión clínica.

Abreu, Costa-Hübner y Lucchese (2012) proponen una explicación basada en los principios de la Psicoterapia Analítico Funcional (PAF), según la cual los cambios conductuales que ocurren y son reforzados durante la sesión tendrán una probabilidad mayor de generalizar dichos cambios a otras situaciones sociales (para detalles ver Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009). Abreu et al. (2012) señalan que las verbalizaciones emitidas dentro de una sesión que involucran interpretaciones funcionales del cliente sobre su comportamiento podrían considerarse como reglas. Una conducta verbal de este tipo también ha sido moldeada por las contingencias y parece ser efectiva cuando altera la función de estímulo especificado por la regla. El terapeuta moldea, mediante el reforzamiento diferencial, el seguimiento de estas reglas que deberían ser consistentes con el ambiente social del cliente, induciendo la generalización del cambio terapéutico fuera del ambiente clínico. Aun cuando haya un amplio margen temporal desde su formulación y el moldeamiento en sesión al que ha sido sometido, este proceso de inducción permitirá al cliente comportarse de acuerdo con las reglas formuladas. El reforzamiento de este tipo de conducta verbal ya ha sido demostrado con sujetos autistas, que fueron capaces de seguir nuevas reglas de las que entrenaron en un principio, demostrando que la conducta gobernada por reglas es una operante generalizada, como lo sugería Skinner y, por tanto, su seguimiento se explica porque las personas han sido anteriormente reforzadas al seguirlas (Tarbox et al., 2011).

En suma, pareciera que las reglas pueden ser importantes para entender cómo ocurre la generalización de lo aprendido dentro de la sesión al contexto natural del cliente. Ahora bien, como se ha hecho evidente, se requiere mayor soporte empírico que respalde estas aportaciones y contribuya a clarificar su función para la generalización más allá del ámbito clínico.

Desde nuestra perspectiva, en el campo clínico las verbalizaciones en forma de regla pueden jugar un papel determinante para explicar la conducta del cliente ante contingencias potencialmente favorecedoras de una conducta distinta y sin el control directo del terapeuta. El concepto de regla de Skinner puede ser útil para aumentar nuestra comprensión sobre cómo ocurre el proceso de generalización del cambio dentro del contexto de la terapia al contexto natural del cliente. En principio, parecería plausible considerar la construcción de estímulos discriminativos que contribuyen a la solución de la problemática del cliente. Un paso fundamental para lograr la generalización del cambio a distintos ambientes se logra a través de la abstracción de los rasgos fundamentales de los estímulos pertinentes a los que habrá que responder en situaciones distintas a la expuesta durante el entrenamiento. La abstracción de estos estímulos pertinentes se refiere a la discriminación de las propiedades relevantes a través de la construcción de estímulos discriminativos; en otras palabras, a la construcción de reglas para solucionar la problemática del cliente.

Esta identificación de las propiedades relevantes de los estímulos no se limita a las características específicas de los estímulos, es decir, a sus propiedades como instancias, sino a sus propiedades como pertenecientes a una clase. De esta forma, es posible volver a identificar estos estímulos en situaciones similares. En este punto, las reglas derivadas del análisis del cliente son fundamentales para poder aplicar el conocimiento fuera del campo clínico. Gracias a estas reglas, el cliente puede identificar las propiedades fundamentales de los estímulos pertinentes a los que habrá que responder y no responder ante otros. Una vez que estos estímulos están identificados, es fácil poder aplicarlos a otras situaciones. Una regla tal como la concebimos, señala las propiedades de clase que facilitan el seguimiento de cómo se va transfiriendo la identificación de estos estímulos de una situación a otra hasta lograr una generalización adecuada.

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

La generación de reglas por parte del cliente también tendría una consecuencia muy importante en el mantenimiento de la conducta aprendida en el contexto clínico. Skinner (1974) señala que tanto la conducta moldeada y mantenida por las contingencias como la conducta evocada por las reglas (seguimiento de instrucciones) usualmente se encuentran bajo el control de diferentes estados de privación o estimulación aversiva; en este sentido, se trata de conductas efímeras e insustanciales. En cambio las reglas que se derivan de las contingencias son objetivas y durables en el tiempo. A modo de ejemplo, Skinner menciona que las reglas del lenguaje han servido para instruir y mantener la conducta verbal en conformidad con los usos de una comunidad. En esta línea, el hecho de que el cliente haga explícita una regla después de haberse expuesto a las contingencias puede conducir a que la conducta perdure por más tiempo, es decir, facilita el mantenimiento de una conducta adquirida. Ahora bien, las reglas del cliente pueden prevalecer más o menos en relación con la forma en la que fueron generadas. A este respecto, Skinner (1974) apunta que “cuando las prescripciones para la acción derivadas del análisis de un sistema de refuerzo difieren de las prescripciones derivadas de la exposición a las contingencias

mantenidas por el sistema, generalmente prevalecen las primeras” (p. 586). En otras palabras, las reglas generadas a partir del análisis de un sistema de reforzamiento (como por ejemplo, a partir del análisis de las reglas que el terapeuta emite en el contexto clínico) prevalecen frente a las reglas generadas a partir de las contingencias. En el contexto clínico se podría resumir planteando que las reglas que se deducen a partir del análisis de las reglas del terapeuta prevalecerán más que las reglas que el cliente genera a partir de su experiencia; por tanto, se subraya la importancia de asegurar que el cliente explice las reglas que se generan dentro de la sesión. Skinner continuó su explicación argumentando que las reglas generadas a partir de un sistema de reforzamiento son más fáciles de observar que una historia de reforzamiento y por lo tanto prevalecen más. Así, el comportamiento resumido en un comentario corriente puede no ser el comportamiento final que satisface adecuadamente un conjunto dado de contingencias. Continuamente estamos formulando reglas, pero algunas de estas reglas no son completadas y se podrían considerar, incluso, intentos de reglas que guían momentáneamente nuestra conducta pero, al no ser completadas o analizadas con detenimiento, son reemplazadas por otras parecidas y, por tanto, no son tan durables. En este sentido, para tener un mejor mantenimiento de la conducta modificada habría que hacer explícitas las reglas que el cliente va conformando y analizar cada verbalización que se acerca (i.e., se parece más) a la regla definitiva adaptativa que podrá ayudar al cliente a enfrentar nuevas situaciones.

En estudios posteriores podría probarse esta hipótesis o descartarse, pero lo que puede subrayarse hasta ahora es que entender una verbalización en forma de regla como proponemos puede contribuir a un mejor entendimiento de la generalización y mantenimiento de los conocimientos fuera del contexto clínico.

La definición desarrollada en este trabajo puede contribuir a la identificación de verbalizaciones que destacan contingencias que no se agotan en un solo ejemplo y se pueden aplicar a distintas situaciones, es decir, contingencias dirigidas a la descripción de clases y no solamente instancias. De este modo, se identificarían las verbalizaciones que permiten la aplicación de un saber fuera del contexto clínico. Al estudiar estas verbalizaciones podemos analizar cómo van formándose las reglas del cliente que posteriormente le ayudarán a trasladar el conocimiento adquirido dentro del contexto clínico a su ambiente natural, en qué momentos aparecen estas reglas del cliente, qué circunstancias están ligadas a su aparición, qué elementos de la regla están siendo reforzados dentro de la terapia, si de alguna forma se pudieran promover y, por último, si están relacionadas con una mayor generalización y mantenimiento del cambio.

Las reglas también han sido abordadas desde otras perspectivas. Estas perspectivas están relacionadas con críticas al concepto de regla de Skinner. Una de esas críticas cuestiona la función discriminativa de una regla (ver Cerutti, 1989; Hayes et al., 2001; Schlinger, 2008; Schlinger y Blakely, 1987). Por otra parte, se ha criticado que, aunque el concepto de Skinner pretende ser funcional, no lo consigue, puesto que Skinner nombra regla a cualquier antecedente verbal (Hayes et al., 2001). Schlinger y Blakely (1987) argumentaron que cuando una regla se clasifica solamente como un estímulo discriminativo sólo se evoca en el presente la conducta que ha sido reforzada diferencialmente en el pasado, pero no se considera el hecho de que la regla altera la función del estímulo que describe. Una consideración importante de Schlinger y Blakely (1987) es que no está claro cómo altera una regla la función de un estímulo ni la historia requerida para tales efectos; sin embargo, como los mismos autores señalan, definir a las reglas sólo como estímulos discriminativos dificulta la investigación al respecto, puesto que no se enfatiza el análisis de su función.

Sin dejar de reconocer la importancia de estas críticas en la discusión sobre la definición más adecuada para este tipo de respuestas verbales, creemos que lo relevante del estudio de las reglas, como señala Vaughan (1989), debería dirigirse a determinar

las condiciones bajo las cuales se genera el seguimiento de reglas. En este sentido, creemos que el concepto de regla, tal como lo analiza Skinner para la solución de un problema, se puede aplicar al entorno terapéutico y nos podrá ayudar a identificar las condiciones que dan lugar a la emisión de reglas e identificar el papel funcional de las reglas del terapeuta y del cliente en el cambio clínico.

Conclusión

En este trabajo se propuso una extensión del concepto de regla al ámbito clínico a través de la definición de regla. Esta definición puede contribuir a una mejor comprensión del papel de las reglas en la consecución de los objetivos de la terapia y, más específicamente, en determinados fenómenos clínicos como la generalización y mantenimiento del cambio. Dicha definición permite la identificación de las reglas y su análisis momento a momento a lo largo de la terapia, de tal modo que facilita el estudio de las reglas, la identificación de su función en el proceso clínico y la identificación de las condiciones necesarias para que surjan. Al esclarecer la función de las reglas en el cambio clínico, que es el objetivo de la definición que proponemos, lograríamos dar un paso hacia la clarificación del proceso clínico en general y, a su vez, en el desarrollo de tratamientos más efectivos.

Extended Summary

In spite of the lack of clarification that has been pointed out about the term of rule-governed behavior, it has also been considered an important tool to understand the root of psychological problems and to develop intervention strategies. However, given the lack of conceptual clarification of the term, it has been difficult to empirically demonstrate its importance and to understand how they contribute to clinical change; in other words, it has been difficult to clarify the functional role of rules during treatment.

In this paper we begin with a brief historical review of research on rules in the clinical field. Later, starting from the original conceptualization of rule-governed behavior, we propose an extension of such conceptualization to the clinical field through a definition applied to therapy. This definition meets the fundamental criteria of the original conceptualization of Skinner (1969/2013) and other subsequent conceptual criteria (Cerutti, 1987; Martinez & Tamayo, 2005; Schlinger & Blakely, 1987). These criteria indicates that: (a) a rule describes a contingency relation among a situation, a behavior, and its consequence, even though the elements may be presented implicitly on certain occasions; (b) a rule implies exercising control in a wide variety of circumstances; in other words, it is directed to classes of responses and, therefore, the contingency relation described in the verbalization can be applied to different contexts; (c) a rule can be formulated also in a silent manner. However, to study this type of verbalization in the clinical field, we must take into account only those that are issued orally and can be registered; (d) a rule can alter the function of a stimulus, acquiring a different function, though, given that these verbalizations will be studied in the clinical context, we cannot verify their discriminative function and we can only assume that they can potentially have this function. Taking into account the criteria mentioned above, the rule definition that we propose is “a verbalization that specifies a regular and generalizable contingency relation to different contexts and can potentially alter the function of the elements of a behavioral sequence”. The original definition of rule-governed behavior was put forward to explain problem solving. In this way, we propose that clinical change can also be explained in terms of finding a problem solution, the client’s clinical problem. As Skinner argues, problem-solving would be achieved thanks to the construction and transmission of marks in the environment. These marks in the environment are discriminative stimuli, that can also

be verbal, just like rules. In this way, the solution of clinical problems would involve the construction and transmission of discriminative verbal stimuli or, in other words, rules. A way of constructing a rule could be through exposure to contingencies (induction process) and another way could be through the manipulation of rules that in turn generate new rules (deduction process). We explain how these rules are constructed and transmitted by the therapist during the clinical process in order to guide client's behavior. In a clinical setting, the therapist's rules would facilitate the identification of relevant features of the stimuli (important marks) for the solution of the client's problem. When the client is exposed, later in time, to the contingencies of their natural context, the therapist's rules will suppose marks in the new environment. These rules could facilitate the detection of the relevant features in the client's natural environment. The detection of these marks could facilitate the generation of new rules, rules constructed by the client. In relation to the second form of rules construction (deduction process), the therapist's rules could generate discussion or debate with the client. The conclusions from these discussions could facilitate the client to construct new rules. Finally, we propose that the definition of rule, as we understand it, can contribute to a better understanding of how the client is able to transfer and generalize the knowledge acquired in the clinical context to its natural context. A fundamental step to achieve the generalization of a behavior is accomplished through the abstraction of the fundamental features of the pertinent stimuli to which one must respond in new situations. The rules derived from the clinical process would be very important for the detection of such features and their identification in similar situations outside the clinical context. A rule, according to the definition developed in this paper, points out class properties of the stimuli. In this sense, the rule could facilitate the tracking of how the client achieves the detection of these properties of stimuli and transfer this knowledge from one situation to another. In this point, the construction of rules by the client is fundamental, as we detail in the paper.

The proposed definition could help us to detect the rules emitted by the therapist and the client throughout the clinical process and, thus, could help us to analyze, for example, how rules are formed, how rules contribute to transferring the knowledge acquired outside the clinical context, when rules appear, or what circumstances are linked to their appearance. We conclude the text outlining possible perspectives in the study of rules and making a summary about the benefits the proposed definition could bring. In sum, the proposed definition can help us to identify the function of rules within the clinical change, which contributes, in turn, to broadening the knowledge about the clinical process in general and to developing more effective treatments.

Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Abreu, P. R., Costa Hübner, M. M. y Lucchese, F. (2012). The role of shaping the client's interpretations in functional analytic psychotherapy. *The analysis of verbal behavior*, 28, 151-157.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Richardson, J. V. y Barnes-Holmes, D. (2007). The differential effect of instructions on dysphoric and nondysphoric persons. *The Psychological Record*, 57, 543-554.
- Benedick, H. y 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. <https://doi.org/10.1007/s10882-009-9166-4>
- Cerutti, D. T. (1989). Discrimination theory of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51, 259-276. <https://doi.org/10.1901/jeab.1989.51-259>
- Clavijo, A. (2004). La definición de los problemas psicológicos y conducta gobernada por reglas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 305-316.
- Cuper, P., Merwin, R. y Lynch, T. (2007). Personality disorders. En P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 403-427). San Diego, CA: Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012372544-8/50021-5>
- Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M. y Calero-Elvira, A. (2016). A theoretical and methodological proposal for the descriptive assessment of therapeutic interactions. *Psychotherapy Research*, 26, 48-69. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935518>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.004>
- Hayes, S. C., Blackledge, J. T. y Barnes-Holmes, D. (2001). Language and cognition: Constructing an alternative approach within the behavioral tradition. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 3-20). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. y Ju, W. (1998). The applied implications of rule-governed behavior. En W. T. O'Donohue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (pp. 374-391). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S. y Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 359-385). New York, NY: Plenum Press.
- Kanter, J. W., Cautilli, J. D., Busch, A. M. y 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.
- Knobloch-Fedders, L. M., Elkin, I. y Kiesler, D. J. (2015). Looking back, looking forward: A historical reflection on psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*, 25, 383-395. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.906764>
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Kanter, J. W. (2009). What is functional analytic psychotherapy? En R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette y G. Callaghan (Eds.), *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 1-19). New York, NY: Springer.
- Martínez, H. y Tamayo, R. (2005). Interactions of contingencies, instructional accuracy, and instructional history in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 55, 633-646. Retrieved from <http://thebehavioralrecord.siu.edu/index.html>
- McAuliffe, D., Barnes-Holmes, D. y Barnes-Holmes, Y. (2004). Excessive rule-following and depressive symptomatology. En S. Smyth (Chair), *Acceptance and commitment therapy: Core principles and measures*. Symposium presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis, New Orleans, LA.
- Merwin, R. M., Timko, C. A., Moskovich, A. A., Konrad, Ingle, K. K., Bulik, C. M. y Zucker, N. L. (2010). Psychological inflexibility and symptom expression in Anorexia Nervosa. *The Journal of Treatment & Prevention*, 19, 62-82. <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.
- Plaud, J. J. y Newberry, D. E. (1996). Rule-governed behavior and pedophilia. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 8, 143-159. <http://doi.org/10.1007/BF02258007>
- Plaud, J. J. y Plaud, D. (1998). Clinical Behavior Therapy and the experimental analysis of behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 905-921. [https://doi.org/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)
- Poppen, R. L. (1989). Some Clinical Implications of Rule-Governed Behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-357). New York, NY: Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-0447-1_9
- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M. X. y Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27, 99-107. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.119>
- Schlinger, H. D. (2008). Conditioning the behavior of the listener. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 309-322.
- Schlinger, H. D. y Blakely, E. (1987). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10, 41-45.
- Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. En B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: Research, method and theory* (pp. 225-257). New York, NY: Wiley.
- Skinner, B. F. (1969/2013). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. United States of America: Century Psychology Series.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York, NY: Knopf.
- Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M. y Doran, E. (2007). Advanced concepts and methods of intervention in behavioral approaches to psychopathology. En P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 51-64). San Diego, CA: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012372544-8/50004-5>

- Tarbox, J., Zuckerman, C. K., Bishop, M. R., Olive, M. L. y O'Hara, D. P. (2011). Rule-governed behavior: teaching a preliminary repertoire of rule-following to children with autism. *The Analysis of Verbal Behavior*, 27, 125-39.
- Törneke, N., Luciano, C. y Valdivia, S. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
- Vaughan, M. (1989). Rule-governed behavior in behavior analysis. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 97-118). New York, NY: Plenum Press.
- Zettle, R. D. (2011). The evolution of a contextual approach to therapy: from comprehensive distancing to ACT. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 78-84. <https://doi.org/10.1037/h0100736>
- Zettle, R. D. y Hayes, S. C. (1983). Effect of social context on the impact of coping self- statements. *Psychological Reports*, 52, 391-401. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0100736>