



Revista Mexicana de Análisis de la Conducta
ISSN: 0185-4534
ISSN: 2007-0802
editor@rmac-mx.org
Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta
México

Lee Pereira, Gladis; Ricote Hernández, Alejandro; de
Pascual-Verdú, Ricardo; Froxán-Parga, María Xesús
Los procesos de condicionamiento clásico en la interacción verbal terapéutica
Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, vol. 45, núm. 1, 2019, pp. 90-110
Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta
Distrito Federal, México

DOI: <https://doi.org/10.5514/rmac.v45.i1.70870>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59367994005>

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

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

LOS PROCESOS DE CONDICIONAMIENTO CLÁSICO EN LA INTERACCIÓN VERBAL TERAPÉUTICA

CLASSICAL CONDITIONING PROCESSES DURING VERBAL INTERACTION IN CLINICAL PRACTICE

Gladis Lee Pereira
Alejandro Ricote Hernández
Universidad Autónoma de Madrid

Ricardo de Pascual-Verdú
Universidad Europea de Madrid

María Xesús Froxán-Parga
Universidad Autónoma de Madrid

Resumen

La larga tradición en el estudio de la interacción verbal en terapia se ha centrado mayormente en los procesos de condicionamiento operante a la hora de explicar el cambio clínico. Sin embargo, este enfoque no incluye el posible papel central que podría tener el condicionamiento clásico en la conducta verbal. El objetivo del presente estudio es, por lo tanto, analizar la ocurrencia de procesos pavlovianos durante la interacción verbal terapéutica, y relacionarlos con un cambio en la

Gladis Lee Pereira, Alejandro Ricote Hernández, Universidad Autónoma de Madrid; Ricardo de Pascual-Verdú, Universidad Europea; María Xesús Froxán-Parga, Universidad Autónoma de Madrid.

Dirigir correspondencia a María Xesús Froxán-Parga: mxesus.froxan@uam.es.

conducta del cliente evaluada a través de sus verbalizaciones en sesión. Para ello, se han seleccionado al azar 55 sesiones clínicas en las que, mediante una metodología observacional, se pudo identificar procesos pavlovianos en el discurso de los terapeutas. Se ha encontrado una relación con el cambio en algunas verbalizaciones de los clientes con un nivel de significación de $p = .01$, y una bondad de ajuste de $R^2 = .64$. Los resultados sugieren que incluir los procesos pavlovianos al estudio del lenguaje podría ayudar a suprimir carencias en el marco conceptual de la interacción verbal terapéutica y, potencialmente, responder a cómo el aprendizaje que ocurre en terapia puede afectar a la conducta de los clientes en el entorno extraclínico.

Palabras clave: análisis aplicado de la conducta; condicionamiento clásico; conducta verbal; estudio de procesos; interacción verbal terapéutica; metodología observacional.

Abstract

The study of verbal interaction in therapy from a behavioral perspective has been focusing for many years on operant conditioning processes when explaining clinical change. However, research seems to suggest that Pavlovian processes also can be valuable in understanding verbal behavior. From this standpoint, this study identified the pavlovian processes involved in the verbalizations of therapists through 55 sessions of therapy, and then related them with changes in the verbalizations of clients with different problems as the therapy progressed. Verbal behavior used as a conditioning mechanism is related to the client's verbal behavior with a significance level of $p = .01$ and a goodness-of-fit of $R^2 = .64$. This seems to support that including classical conditioning processes in the study of verbal behavior could help fill the gaps in the conceptual framework of the therapeutic verbal interaction, and potentially, contribute to an explanation of how the learning processes that occur in the clinical setting are transferred to the client's everyday environment.

Key words: classical conditioning; clinical change; process research; therapeutic verbal interaction; verbal behavior.

En el ámbito de las terapias psicológicas, los estudios de resultados, aunque muy necesarios, no contestan a la pregunta de por qué las personas cambian. Tras varias décadas de un campo de investigación fundamentalmente dominado por el interés en describir qué terapias funcionan y cuáles no, (APA Presidential Task Force on

Evidence-Based Practice, 2006), a finales del siglo XX empezaron a resurgir investigaciones que iban más allá de la eficacia y estudiaban los procesos que podrían explicar el cambio terapéutico (e.g., Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975).

Este tipo de estudio emergió con renovada energía a partir del desarrollo de la *metodología de Reno* y del enfoque contextual (o “terapias de tercera generación” en su denominación más popular) (Hayes, 2016; Hayes et al., 2001). Partiendo de la perspectiva de que la interacción entre terapeuta y cliente es la base de todas las terapias y estas se llevan a cabo fundamentalmente de manera verbal, dicho enfoque destaca la necesidad de analizar la interacción verbal entre cliente y terapeuta, y de considerarla como un contexto social natural en el que aparecen los problemas psicológicos (Calero Elvira, 2009; Froxán-Parga, Montaña, & Calero, 2006; Froxán-Parga, Pardo, Vargas, & Carmona, 2011; Luciano, 1993).

Con base en este planteamiento, y con el afán de desgarnar los procesos implicados en la interacción verbal terapéutica, la investigación partió fundamentalmente de un análisis de condicionamiento operante, centrándose en explicar cómo se proporcionan contingencias en sesión con el objetivo de moldear la conducta del cliente (Calero Elvira, 2009; Follete et al., 1996; Froxán-Parga, et al., 2011). Sin embargo, aunque el papel de los modelos operantes sea esencial para el estudio del lenguaje, solo nos muestran cómo la conducta verbal se mantiene, pero no atiende a cómo los procesos simbólicos se desarrollan (Tonneau, 2001).

Frente la explicación esencialmente operante de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT, Hayes, 2016), hay alternativas que otorgan un papel central al condicionamiento clásico. De entre ellas, una que resulta especialmente interesante para el estudio aquí planteado sería la propuesta por Mowrer (1954), que proporciona una perspectiva acerca de cómo el enfoque pavloviano contribuye a mejorar el entendimiento del estudio del lenguaje y de la función simbólica. De hecho, desde el propio análisis de la conducta, se sabe que la inclusión de los procesos de condicionamiento clásico en la interacción verbal podría complementar la comprensión acerca de las bases teóricas y la práctica en el cambio clínico (Baron & Galizio, 1990; Froxán-Parga, Nuñez, & de Pascual-Verdú, 2017; Gutiérrez-Domínguez, García-García, & Pellón, 2018; Kazdin, 1978; Ribes, Cortés, & Romero, 1992; Tonneau & González, 2004).

Para entender cómo el condicionamiento clásico está en la base de la conducta verbal, es necesario conocer dos conceptos fundamentales: la *función referencial* (Tonneau, 2004) y la *respuesta mediadora* (Mowrer, 1954). La función referencial sería el resultado de un proceso de varios ensayos de condicionamiento clásico en-

tre un referente (algo “físico”) y una palabra, donde ambos serían funcionalmente equivalentes y provocarían efectos parecidos en las personas (Tonneau & González, 2004). La respuesta mediadora, por otro lado, se refiere a la asociación de los significados de estas palabras. Es decir, el conjunto de respuestas (significado) elicitado por el predicado de una oración quedaría asociado con el conjunto de respuestas (significados) elicitado por el sujeto, y viceversa, haciendo que este pudiera, en otras circunstancias, elicitar esta nueva respuesta además de su significado habitual (Mowrer, 1954).

Así pues, ambos conceptos se basan en el proceso de condicionamiento respondiente. Los distintos estímulos del ambiente, o en palabras de Mowrer, las *cosas* (EI), provocan una respuesta incondicionada determinada (R). En función de aquello que entendemos y vemos en nuestro contexto socio-lingüístico, vamos nombrando a estas *cosas* con palabras, o lo que es lo mismo, *signos* (EC). Por lo tanto, al realizar este emparejamiento entre *cosa-signo*, lo que obtenemos es una asociación pavloviana cuya la respuesta elicitada por este *signo* es un componente de R (r). Finalmente, la respuesta mediadora tendría lugar cuando emparejamos dos palabras mediante una oración (asociación *signo-signo* o EC₁ y EC₂), porque al producir el condicionamiento de segundo orden, las respuestas de estos estímulos condicionados también se verían asociadas (r₁ y r₂). El resultado de todo este proceso sería que, mediante la asociación *signo-signo* (EC₁ y EC₂), la *cosa* (EI₁) además de elicitar su R₁, directamente elicitaría r₁ y r₂.

En otras palabras, a través de la función referencial podríamos explicar cómo se da el proceso de adquisición del significado de las palabras, y mediante la respuesta mediadora, cómo conseguimos transferir el significado de una palabra hacia un referente solamente mediante oraciones, sin la necesidad de que haya un emparejamiento físico directo entre ellos (Gutiérrez & Benjumea, 2003; Gutiérrez, Hernández, & Visdomine, 2002).

Esta perspectiva aplicada al campo clínico, permitiría explicar cómo la inducción de nuevos condicionamientos verbales por parte del terapeuta podrían conducir a la modificación de las conductas problemáticas del cliente (Froxán-Parga, et al., 2017). En segundo lugar, los procesos pavlovianos revelarían cómo es posible “viajar en el tiempo” mediante el lenguaje. Es decir, referirnos a lo que no está en el aquí y ahora (función simbólica del lenguaje, Mowrer, 1954), algo que es fundamental durante la terapia, ya que mayoritariamente se trabaja con descripciones de eventos y conductas que se hacen “presentes” mediante el lenguaje (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes, & Bond, 2015). En tercer lugar, también permitiría explicar por qué un

cliente extrapola lo aprendido en la clínica a su contexto natural, es decir, sabríamos cómo este nuevo aprendizaje adquirido dentro del contexto terapéutico terminaría afectando la conducta del cliente fuera de éste, complementando el conocido efecto del reforzamiento por parte del terapeuta de la correspondencia decir-hacer (Lima & Abreu-Rodrigues, 2010; Luciano, Herruzo, & Barnes-Holmes, 2001). Y por último, los terapeutas podrían ser más eficaces en sesión porque generarían de manera voluntaria oraciones condicionadas encaminadas a inducir nuevos aprendizajes (Froxán-Parga, Calero, Pardo, & Nuñez-de-Prado, 2018).

Teniendo en cuenta las repercusiones que puede tener indagar más acerca de los procesos comentados, sería pertinente intentar identificar la ocurrencia de oraciones condicionadas clásicamente durante la interacción verbal en terapia que pudieran modificar la conducta del cliente.

Desde hace más de una década, nuestro equipo de investigación viene desarrollando sistemas de categorías morfológicas y funcionales para identificar los procesos que subyacen la interacción verbal terapéutica (Froxán-Parga & Galván-Domínguez, 2015; Froxán-Parga, Montaña, Calero, García, Garzón, & Ruiz-Sancho, 2008; Ruiz-Sancho, 2011). A lo largo de todos estos años, estos registros de categorías han ido evolucionando hasta convertirse en un sistema totalmente funcional, en el que se incluye, además de las categorías operantes, aquellas verbalizaciones que podrían dar lugar a procesos de condicionamiento clásico. Dicho sistema, al que hemos denominado SISC-INTER-CVT-R, se presenta en la Tabla 1, pudiéndose encontrar su descripción completa en el Apéndice. Dado que el terapeuta tiene un papel directivo en la terapia y que lo que se pretende observar es cómo su conducta verbal influye en la conducta del cliente (Calero Elvira, 2009; Ruiz-Sancho, 2011), los registros definen el comportamiento verbal del terapeuta como función de antecedente, consecuente y/u operaciones disposicionales (que alteran el valor del antecedente y/o consecuente). La conducta verbal del cliente, por otro lado, se registra con el sistema de categorías SISC-CVC (Tabla 1), con función de respuesta (segunda parte de la cadena E-R-E), y es clasificada según su topografía.

En el presente estudio, el sistema de categorías SISC-INTER-CVT-R fue utilizado para analizar la interacción verbal terapeuta-cliente con el objetivo de responder a la siguiente pregunta: ¿se relacionan las oraciones condicionadas de los terapeutas con un cambio en la conducta verbal de los clientes? En esta línea, proponemos con nuestro estudio identificar los procesos de emparejamiento pavloviano vinculados al discurso del clínico, a la vez que los relacionamos con cambios en la

Tabla 1. Categorías de registro del SISC-INTER-CVT-R y SISC-CVC según su función en la cadena E-R-E

Conducta verbal del terapeuta					
Estímulo antecedente					
Función discriminativa Da pie a la conducta del cliente (verbal o no)		Función discriminativa instruccional Se relacionan con la realización de tareas dentro o fuera de sesión		Función elicitadora Da lugar a una respuesta emocional manifiesta	
Estímulo consecuente					
Función de refuerzo bajo/alto Aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta del cliente.			Función castigo bajo/alto Desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta del cliente.		
Operaciones de establecimiento/abolición					
Motivadora Se pone en relación una conducta real o hipotética del cliente y se anticipa las consecuencias positivas/ negativas de ella		Información clínica con emparejamiento apetitivo Se empareja la conducta llevada a cabo por el cliente con expresiones o palabras apetitivas		Información clínica con emparejamiento aversivo Se empareja la conducta llevada a cabo por el cliente con expresiones o palabras aversivas	
				Información clínica sin emparejamiento Conocimiento técnico	
Conducta verbal del cliente					
Función de respuesta ^a					
Bienestar	Logro	Seguimiento de instrucciones	Malestar	Fracaso	No seguimiento de instrucciones

^a Función de respuesta= registro de categorías con base en la morfología de la conducta verbal.

conducta verbal de los clientes en terapia. Partiendo de que el terapeuta utiliza el lenguaje para optimizar el cambio en las conductas problema de su cliente, y que los efectos pavlovianos en cuanto al cambio de significado de las palabras ocurren por acción de posibles emparejamientos verbales (buscados o fortuitos), podemos hipotetizar que las verbalizaciones del terapeuta con emparejamiento pavloviano estarán relacionadas con cambios en la frecuencia de aparición de las verbalizaciones pro y anti-terapéuticas de los clientes, en mayor medida que las verbalizaciones sin emparejamiento.

Método

Participantes

Para llevar a cabo el estudio se analizaron 55 grabaciones de sesiones clínicas individuales correspondientes a un total de 14 clientes adultos tratados por seis terapeutas de orientación conductual con diferentes niveles de experiencia (las características en detalle se encuentran en la Tabla 2). El tiempo total de grabaciones fue de 46 horas y 53 minutos. La muestra fue seleccionada al azar. Todos los casos provienen del Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), centro clínico privado, y se obtuvo, además del consentimiento informado de las observaciones y análisis de los casos para todos los participantes, la respectiva aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid.

Instrumentos

Para grabar las sesiones clínicas se utilizó un circuito de cámaras cerrado con las medidas pertinentes dirigidas a asegurar la confidencialidad de los clientes. Para el registro de las sesiones, se utilizó el programa informático The Observer XT 12.5, y para los análisis estadísticos el paquete informático SPSS Statistics 21. En la medición de las verbalizaciones de los terapeutas el instrumento que utilizamos fue el SISC-INTER-CVT-R (ver Apéndice), y específicamente, las categorías de *información clínica sin emparejamiento* e *información clínica con emparejamiento*, admitiendo esta última los modificadores *aversivo* y/o *apetitivo* (Tabla 3). En cuanto a las verbalizaciones de los clientes hemos utilizado el instrumento SISC-CVC (Ruiz-Sancho, 2011), donde hemos agrupado los registros *bienestar*, *logro* y *seguimiento de instrucciones* en una nueva categoría llamada *verbalizaciones proterapéuticas*, y los de *malestar*, *fracaso* y *no seguimiento de instrucciones* en la categoría llamada *verbalizaciones antiterapéuticas*.

Diseño y variables

El presente estudio sigue una metodología observacional con un diseño intra-sujeto. Las variables predictoras son 1) la conducta verbal del terapeuta emitida mediante *verbalizaciones con emparejamiento pavloviano*; y 2) la conducta verbal del terapeuta emitida mediante *verbalizaciones sin emparejamiento pavloviano*. Las variables criterio hacen referencia a la conducta verbal de los clientes, siendo estas las *verbalizaciones antiterapéuticas*, y las *verbalizaciones proterapéuticas*. Las distintas

Tabla 2. Característica de la muestra.

Caso	T	S (T)	E (T)	Experiencia	S (C)	E (C)	Problemática
1	1	M	43	14	M	29	Bajo estado de ánimo
2	1	M	45	16	M	32	Problemas de pareja
3	1	M	47	18	H	31	Trastorno obsesivo compulsivo
4	1	M	48	19	M	32	Problemas de ansiedad
5	1	M	44	15	M	36	Agorafobia
6	2	H	31	5	M	29	Problemas de alimentación
7	2	H	30	4	H	36	Problemas de ansiedad y HHSS
8	3	M	30	4	M	51	Fobia a volar
9	3	M	33	7	M	35	Hipocondría y problemas de pareja
10	3	M	30	4	H	34	HHSS
12	4	M	26	1	M	21	Trastorno obsesivo compulsivo
13	5	M	26	1	M	35	Bajo estado de ánimo
14	6	M	24	1	H	21	Fobia a las arañas

Nota. S = sexo; E = edad; T= terapeuta; C= cliente; M = mujer; H = hombre; HHSS = habilidades sociales

variables se han cuantificado como porcentajes obtenidos al relacionar la frecuencia de aparición de cada tipo de verbalizaciones con respecto a la cantidad total de las mismas. Por último, la variable de bloqueo es *fase de la terapia*, siendo esta dividida en cinco partes, *evaluación, devolución del análisis funcional, Tratamiento 1, 2 y 3* (dicha división se hace con base a las distintas etapas por las que evoluciona el proceso terapéutico desde la perspectiva conductual). (Para más información véase Ruiz-Sancho, 2011).

Tabla 3. Categorías y ejemplos del registro de verbalizaciones de información clínica con emparejamientos pavlovianos del SISC-INTER-CVT-R

Categoría	Ejemplo	Emparejamiento
Operaciones de establecimiento		
AP	" <u>Practicar la respiración</u> es <u>bueno</u> para la salud"	Practicar respiración: EN ^a Bueno: EAP
AV	"La gente que no se <u>pone las pilas no mejora</u> "	Ponerse las pilas: EN No mejorar: EAV
SE	"La técnica de relajación permite conseguir que la rama parasimpática no se active (...)"	
Operaciones de abolición		
AP	" <u>Dejar de preocuparse por todo</u> aporta muchísima <u>calma</u> "	Dejar de preocuparse: EN Calma: EAP
AV	" <u>Mirar a escondidas el móvil de alguien es indigno</u> "	Mirar a es condidas el móvil: EN Indigno: EAV
SE	"La evitación en estas situaciones da lugar a un aumento de estos mismos síntomas a largo plazo (...)"	

Nota. AP = Apetitiva; AV = Aversiva; SE = Sin emparejamiento; EAP = Estímulo apetitivo; EAV = Estímulo aversivo; EN = Estímulo neutro.

^aNo necesariamente los estímulos son neutros, puede que ocurran casos de contracondicionamiento en el que fuesen previamente apetitivos o aversivos.

Procedimiento

Para depurar el registro de categorías, dos observadores se entrenaron en el sistema SISC-INTER-CVT-R hasta alcanzar un nivel de acuerdo interjueces entre "bueno" ($kappa = .6$ a $.75$) y "excelente" ($kappa > .75$) (Landis & Koch, 1977). A continuación, las sesiones se repartieron aleatoriamente, de tal manera que la mitad de la muestra fue registrada por el primer observador, y la otra mitad por el segundo. Cada 10 sesiones registradas los observadores volvían a realizar pruebas de concordancia inter-jueces. El valor de $kappa$ final obtenido en este instrumento fue del .67 al .84, mientras que para el instrumento de categorización de los clientes, fue del .67 al .72.

En cuanto al procedimiento de análisis de datos, estimamos la relación de dependencia entre las verbalizaciones de terapeuta y cliente mediante un análisis de regresión lineal múltiple. De este modo, la variable criterio es la conducta verbal del cliente, ya sea esta pro o antiterapéutica, y las variables predichas son las verbalizaciones del terapeuta con y sin emparejamiento pavloviano. En relación a los datos que se incluyen en el modelo de regresión, estos son cuantitativos y tomados a partir de la frecuencia de aparición partida por el total de verbalizaciones dentro de sesión. Con el objetivo de verificar la importancia relativa del ajuste global relacionada a cada variable predictora (verbalizaciones de los terapeutas), se elevó al cuadrado el coeficiente correlación semiparcial. En cuanto a la bondad de ajuste y la calidad del modelo, se tuvo en cuenta el valor del coeficiente de determinación (R^2), error típico de la estimación, y valores tipificados en el establecimiento de la ecuación de regresión.

Resultados

Para contrastar la hipótesis propuesta, se seleccionaron solamente aquellos casos que hubiesen pasado por todas las fases de tratamiento, por lo que esta categorización con base en el momento de la terapia redujo la muestra a $N=13$ (al no cumplir el caso número ocho este criterio). Además, como se ha mencionado anteriormente, los datos indican la suma de las frecuencias de cada tipo de verbalizaciones divididas entre su total en sesión, por lo que los valores varían en función de la cantidad de verbalizaciones emitidas y sesiones registradas. Tras este procedimiento, se realizó una regresión lineal múltiple con el objetivo de observar la relación de dependencia entre las verbalizaciones de los clientes (pro y antiterapéuticas) con la de los terapeutas (con y sin emparejamiento pavloviano). Para las de los últimos, las puntuaciones obtenidas son referentes a las fases de evaluación, análisis funcional y Tratamiento 1, mientras que para la de los clientes, las puntuaciones tomadas son referentes a Tratamiento 2 y 3. De esta forma, podemos verificar el efecto de la variable predictora según su antecedencia temporal ante la variable criterio.

Con el objetivo de garantizar la validez del modelo de regresión, antes de proceder a realizar los cálculos oportunos, se han examinado los supuestos de independencia y normalidad. Mediante el estadístico Durbin-Watson se pudo comprobar que los residuos son independientes entre sí y conforman una variable aleatoria, ya que el valor obtenido para las verbalizaciones pro y antiterapéuticas se encuentra entre 1.5 y 2.5 ($DW = 2.4$ y 2.3 respectivamente). En cuanto al supuesto de norma-

lidad, la prueba Kolmogorov-Smirnov nos permitió aceptar la hipótesis de normalidad para todas las variables implicadas (verbalizaciones con emparejamiento: $p = .58$; verbalizaciones sin emparejamiento: $p = .49$; verbalizaciones proterapéuticas: $p = .89$; verbalizaciones antiterapéuticas: $p = .83$).

Como se muestra en la Figura 1, las variables independientes explican un 64.2% de la varianza de “proterapéuticas”, y solamente un 14% de “antiterapéuticas”. En cuanto al error típico de estimación, es decir, el error medio que se cometería al efectuar un pronóstico utilizando la ecuación de regresión, tenemos el valor de 28.4 para “proterapéuticas”, y de 13.8 para “antiterapéuticas”. De acuerdo con los contrastes estadísticos, el parámetro β_2 (“información clínica sin emparejamiento”), es innecesario para predecir el valor de las verbalizaciones proterapéuticas ($p > .05$), mientras que solamente el β_1 “información clínica con emparejamiento”, bastaría como predictor ($p > .05$) (Tabla 3).

Por otro lado, en relación a las verbalizaciones antiterapéuticas, no podemos rechazar la hipótesis nula de que los valores poblacionales de las variables independientes sean 0, por lo que los resultados no resultaron significativos (Tabla 4). Además, como se ha trabajado con valores tipificados (y por lo tanto se ha igualado la métrica), podemos verificar también la importancia de cada variable en la ecuación. De esta forma y de acuerdo con la ecuación de regresión propuesta (valores de β en la Tabla 4), la variable que más contribuye al cambio, tanto en las verbalizaciones proterapéuticas como las antiterapéuticas, es “información clínica con emparejamiento”. Finalmente, de cara a observar la variable más importante a la contribución del ajuste global, también se ha encontrado que la variable “información clínica con emparejamiento” es la que más contribuye a reducir los errores de predicción (Tabla 4).

En resumen, la hipótesis de que las verbalizaciones del terapeuta con emparejamiento pavloviano están relacionadas con cambios en la frecuencia de aparición de las verbalizaciones puede mantenerse en lo referente a las verbalizaciones proterapéuticas, no siendo así en lo referente a las antiterapéuticas.

Discusión

A la luz de los datos obtenidos, podemos observar que la comparación entre las distintas verbalizaciones de información clínica emitidas por el terapeuta revela algunos aspectos interesantes. De acuerdo con la muestra y los resultados de nuestra hipótesis, cuando un psicólogo proporciona información clínica en terapia, esta ter-

Tabla 4. Análisis de regresión lineal múltiple para las variables dependientes Verbalizaciones Proterapéuticas y Verbalizaciones Antiterapéuticas

Variables	Coeficiente tipificado β	t	p	95% IC		CS ^{2a}
				LI	LS	
Verbalizaciones Proterapéuticas						
VCE	0.91	2.98	.01*	0.30	2.10	31.6%
VSE	-.14	-.46	.66	-0.48	0.31	0.75%
Verbalizaciones Antiterapéuticas						
VCE	.61	1.26	.24	-0.19	0.68	13.7%
VSE	-.41	-.88	.40	-0.27	0.12	6.6%

Nota. VCE = verbalizaciones con emparejamiento pavloviano; VSE = verbalizaciones sin emparejamiento pavloviano; IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior, LS = límite superior; CS² = correlación semiparcial².

^aImportancia relativa al ajuste global.

* $p < .05$

mina influyendo en las verbalizaciones que emitirán sus clientes al final del proceso terapéutico. Precisamente si esta información va acompañada de emparejamientos pavlovianos, lo que muestran los datos es que se producirá un aumento en las verbalizaciones proterapéuticas de los clientes, no siendo así cuando lo que acompaña la información son verbalizaciones sin emparejamiento pavloviano.

De acuerdo con lo comentado anteriormente, el hecho de haber encontrado evidencias que conecten las verbalizaciones emitidas al principio de la terapia con lo que ocurre en su final, podría favorecer la idea de que estos emparejamientos inducidos se valen de esa capacidad de “viajar en el tiempo” propia del uso simbólico del lenguaje y, potencialmente, explicar efectos en la conducta de los clientes en el contexto extra-clínico. El terapeuta expondría sus clientes a condicionamientos verbales en la línea de sus objetivos terapéuticos y, puesto que estos emparejamientos son equivalentes funcionales a sus referentes mediante la respuesta mediadora, el condicionamiento entre el estímulo “físico” y el significado se vería establecido sin la necesidad de un ensayo directo. En lugar de recurrir a teorías que postulan explicaciones menos parsimoniosas, se podría usar el condicionamiento clásico para ex-

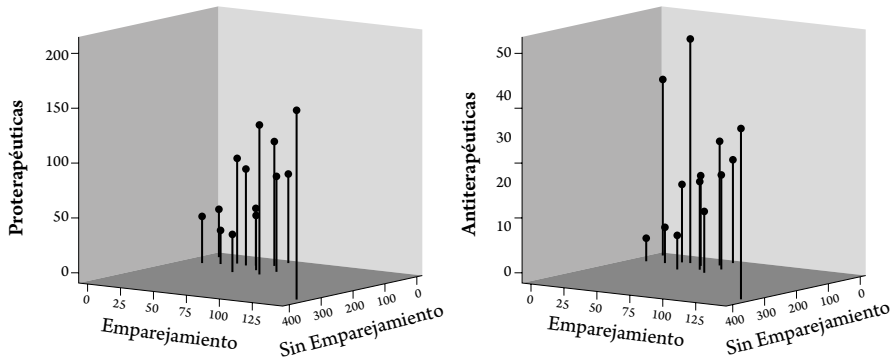


Figura 1. Diagrama de dispersión con los coeficientes no estandarizados para el análisis de regresión lineal múltiple de las verbalizaciones pro y antiterapéuticas de los clientes. Los ejes Y expresan la suma de los registros codificados por cliente en su totalidad de sesiones (verbalizaciones de tipo pro y antiterapéuticas). Los ejes X_1 y X_2 , la suma de los registros codificados por terapeutas en todas las sesiones, siendo X_1 las verbalizaciones con emparejamiento pavloviano, y la X_2 , las sin emparejamiento pavloviano. Los puntos representan los clientes. La ecuación de regresión sigue *Proterapéuticas* = $20.5 + 1.2 * \text{Emparejamiento} - .08 * \text{Sin Emparejamiento}$; $R^2 = .64$; Error típico = 28.4 y *Antiterapéuticas* = $16 + .24 * \text{Emparejamiento} - .07 * \text{Sin Emparejamiento}$; $R^2 = .14$; Error típico = 13.8.

plicar cómo es posible que algunas verbalizaciones que supuestamente no tuvieron función de antecedente o consecuente pueden llegar a influir en otras asociadas al contexto natural de los clientes (Froxán-Parga et al., 2017; Tonneau, 2004).

En lo que respecta a las verbalizaciones antiterapéuticas, aunque el efecto no haya resultado significativo, el patrón encontrado va en la misma dirección del planteamiento de nuestra hipótesis, las oraciones con emparejamiento pavloviano tienen mayor influencia en el descenso de las verbalizaciones antiterapéuticas que aquellas sin emparejamiento. Una de las posibles explicaciones del por qué no resultaron significativos estos resultados sería el hecho de que las verbalizaciones antiterapéuticas se dan con mucha menor frecuencia que las proterapéuticas, siendo en algunos casos valores iguales o cercanos a cero.

Considerando todo lo comentado anteriormente, podríamos concluir que la interacción verbal en terapia permite la aplicación discriminada de refuerzos y castigos dirigidos a establecer la conducta deseada pero también podría inducir cambios a través de emparejamientos pavlovianos (Baron & Galizio, 1990; Froxán-Parga et al., 2017). La clave para entender el cambio en terapia estaría por lo tanto en el análisis de ambos procesos conjuntamente: una vez establecidos emparejamientos más adaptativos en el contexto clínico, el cliente adquiere un nuevo aprendizaje que le

lleva a obtener nuevos reforzadores, por lo que el cambio clínico sería explicado no solamente por los procesos operantes, sino por la unión entre el condicionamiento clásico y el operante (Froxán-Parga et al., 2017; Tonneau 2004). En otras palabras, estas nuevas asociaciones podrían mantenerse (y no extinguirse) gracias a que, con emparejamientos más adaptativos, el cliente consigue acceder a reforzadores que antes no accedía (Baron & Galizio, 1990; Froxán-Parga et al., 2017; Tonneau, 2004).

Además, si el terapeuta conoce este mecanismo, este puede favorecer un aprendizaje más directo de las contingencias que mantendrán la conducta proterapéutica deseada. Es decir, el establecimiento de asociaciones pavlovianas a través del lenguaje podría redundar en una optimización del proceso terapéutico: si un terapeuta sabe lo que hace en sesión, también será más eficaz utilizando estos conocimientos a su favor.

En conclusión, aunque estos datos aportan información sobre el estudio de los procesos de condicionamiento clásico en el lenguaje y en la interacción terapéutica, es importante tener en cuenta que este estudio se centra solamente en un fenómeno muy concreto: los procesos pavlovianos en la conducta verbal en el contexto clínico. Para seguir ampliando el conocimiento también es necesario estudiar, paralela y transversalmente, los demás factores implicados en el cambio en terapia. Como se mencionó al principio, hay muchos factores que pueden estar influyendo en por qué las personas cambian en terapia. Intentar identificarlos para comprender cómo esto afecta en la eficacia de los tratamientos psicológicos es uno de nuestros objetivos, por lo que consideramos que el concepto de *respuesta mediadora* puede potencialmente ser un importante factor en la generalización de lo que se dice en el contexto clínico al extraclínico.

Referencias

- APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Baron, A., & Galizio M. (1990). Control de la conducta operante humana por medio de instrucciones. En E. Ribes & P. Harzem (Eds.), *Lenguaje y conducta* (pp. 123-167). México: Trillas.
- Calero Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Froxán-Parga, M. X., Calero Elvira, A., Pardo, R. C., & Núñez, M. N. (2018). Verbal change and cognitive change: Conceptual and methodological analysis for the

- study of cognitive restructuring using the Socratic dialogue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11, 200-221. doi: 10.1007/s41811-018-0019-8
- Froxán-Parga, M. X., Montaña Fidalgo, M., Calero Elvira, A., García Soler, Á., Garzón Fernández, Á., & Ruiz-Sancho, E. M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10486/674541>
- Froxán-Parga, M. X., Montaña, M., & Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia?: un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803. Recuperado de www.redalyc.org
- Froxán-Parga, M. X., Núñez, M. N., & de Pascual-Verdú, R. (2017). Cognitive techniques and language: A return to behavioral origins. *Psicothema*, 29. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10486/681099>
- Froxán-Parga, M.X., Pardo, R.C., Vargas, I., & Carmona, F.L. (2011). Análisis de las reglas en el context clinic. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía* 10, 135-154. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3749683.pdf>
- Gutiérrez, M. T., & Benjumea, S. (2003). Formación de clases funcionales utilizando un entrenamiento de condicionamiento clásico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 165-174.
- Gutiérrez, O., Hernández, M. & Visdomine, C. (2002). Comparación experimental entre dos procedimientos para generar clases de equivalencia en el ámbito educativo. *Apuntes de psicología*, 20 (2), 187-204
- Gutiérrez-Domínguez, M. T., García-García, A., & Pellón, R. (2018). Clases de equivalencia en términos de contingencias. *Conductual*, 6. Recuperado de conductual.com
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Behavior therapy*, 47, 869-885. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., Wilson, K. G., Barnes-Holmes, D., & Healy, O. (2001). Derived relational responding as learned behavior. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*, (pp. 21-49). Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Kazdin, A. (1978). *History of behavior modification*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*, 159-174. Recuperado de www.jstor.org

- Lima, E. L., & Abreu-Rodrigues, J. (2010). Verbal mediating responses: Effects on generalization of say—Do correspondence and noncorrespondence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43, 411-424. doi: 10.1901/jaba.2010.43-411
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “Everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- Luciano, M. C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351-374. Recuperado de <https://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/viewFile/7130/6994>
- Luciano, M. C., Herruzo, J., & Barnes-Holmes, D. (2001). Generalization of say-do correspondence. *The Psychological Record*, 51, 111-130. Recuperado de link.springer.com
- Mowrer, O. H. (1954). The psychologist looks at language. *American Psychologist*, 9, 660-694. doi: 10.1037/h0062737
- Ribes, E., Cortés, A. & Romero, P. (1992). Quizá el lenguaje no es un proceso o tipo especial de comportamiento: algunas reflexiones basadas en Wittgenstein. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 1, 58-73.
- Ruiz-Sancho, E. M. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Ruiz-Sancho, E., Froxán-Parga, M. X., & Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27, 99-107. doi: 10.7334/psicothema2014.119
- Tonneau, F. (2004). Verbal understanding and Pavlovian processes. *The Behavior Analyst Today*, 5, 158-169. Recuperado de psycnet.apa.org
- Tonneau, F., & González, C. (2004). Function transfer in human operant experiments: The role of stimulus pairings. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 81, 239-255. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, 254-272. doi: 10.1002/9781118489857.ch12

APÉNDICE

SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA REVISADO (SISC-INTER-CVT-R)

1. Estímulos antecedentes:

1.1. Discriminativo: Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no).

- ▷ No se registran los estímulos discriminativos conversacionales.
- ▷ No se registran cuando se encuentran dentro de un bloque (son considerados conversacionales).
- ▷ Si se hacen dos preguntas muy seguidas y rápidas, (y estas son respondidas por el cliente), consideramos dos discriminativos diferentes. Pej., T: “¿y lo hiciste?” C: sí T: “¿el qué?” C: “el...”

1.2. Discriminativo instruccional: Verbalizaciones del terapeuta que se relacionan con la realización de tareas dentro o fuera de sesión (dentro de sesión: “Respira cogiendo el aire por la nariz y llevándolo al estómago...”; Fuera de sesión: “lo practicarás todos los días antes de irte a dormir”). Siempre tienen que ir seguidas de una respuesta por parte del cliente* (si no fuera así, las pautas dadas por el terapeuta serán operaciones de establecimiento/ abolición informativas/motivadoras).

(En realidad estarían dentro de la categoría discriminativo, se ponen separadas para que sea más práctico el registro y no se abra siempre el abanico de modificadores del discriminativo.)

- ▷ * Esta respuesta del cliente también cuenta como “hacer la tarea en sí”. Es decir, no hace falta que el cliente responda verbalmente, si con la conducta observable sigue las instrucciones del terapeuta también es considerado D. instruccional.
- ▷ No se refieren a tareas realizadas en el pasado (por ejemplo “¿hiciste el autorregistro?”), solamente se refiere a las instrucciones en el presente y hacia el futuro.
- ▷ Si a parte de la instrucción, el terapeuta da una breve explicación acerca de la tarea que se va a hacer, se registra como una variable disposicional a parte.

1.3. Elicitadora: Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente. Los criterios son:

- ▷ Reacción emocional explícita (Pej: se escuche al cliente llorar).
- ▷ El cliente verbaliza su reacción emocional (Pej: “este tema me está poniendo muy nervioso”).
- ▷ Que haya una verbalización explícita del terapeuta sobre la reacción emocional del cliente y ésta sirva para registrar la verbalización inicial del terapeuta como elicitadora (Ej. T: “¿Cuándo irás a verle?”; C: “no lo sé... no estoy seguro...” - verbalización del cliente con voz entrecortada; T: “¿esa pregunta te ha puesto nervioso?”; C: “Sí...” Se registra la verbalización “¿Cuándo irás a verle?” como función elicitadora).

2. Estímulos consecuentes:

2.1. Refuerzo: Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente. Para diferenciar de emparejamiento apetitivo es necesario que el cliente haya emitido una verbalización y el terapeuta muestre su aprobación de forma inmediata.

C: “Ayer fui a tomar algo con ella...”

T: “¡Estupendo!” (Refuerzo)

Esto último es diferente a que el terapeuta diga: “Que ayer fueras a tomar algo con ella es estupendo” (emparejamiento apetitivo).

→ NO se registrarán los refuerzos conversacionales de ningún tipo.

2.1.1. Modificadores del refuerzo:

- ▷ Bajo: los del SISC- INTER- CVT medios y bajos. Lo principal para ser considerado es la función que cumple el reforzador.
- ▷ Alto: los del SISC- INTER- CVT altos. Por mucho que el terapeuta haya dicho “perfecto”, solamente lo pondremos como alto si consideramos que la función es de reforzador alto.
- ▷ Para intentar decidir si es alto o bajo → **Combinar el tono con la palabra.** Por ejemplo la palabra “perfecto” que está en el sistema de categorías entre las de “alto”, si se percibe una entonación más efusiva sería refuerzo alto. Pero por el contrario si es “bien” (de las palabras que estaban en las categorías de refuerzo bajo) y el tono medio efusivo, se pondría bajo.

2.2. Castigo: Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente. De la misma forma que se presentó previamente en el refuerzo, para diferenciar de emparejamiento aversivo es necesario que el cliente haya verbalizado una verbalización y el terapeuta muestre su desaprobación de forma inmediata.

C: “Le dije a Juan que no tenía ninguna razón...”

T: “Qué estupidez...” (Castigo)

Este último es diferente a que el terapeuta diga: “*esa forma de responder a Juan fue una estupidez...*” (emparejamiento aversivo)

→ NO se registrarán los castigos conversacionales (castigo utilizado para cambiar el discurso del cliente).

3. Operaciones disposicionales:

Incluyen verbalizaciones o conjuntos de verbalizaciones del terapeuta cuya función es afectar de alguna manera a la probabilidad de ocurrencia de una clase concreta de respuestas alterando el valor de los estímulos (tanto antecedentes como consecuentes) de sus cadenas. Se dividen en:

3.1. Operación de establecimiento: verbalizaciones del terapeuta que tienen como función hacer más probable la ocurrencia de una clase de respuestas. Normalmente están dentro del bloque pero no necesariamente tienen que estar dentro de un bloque.

- ▷ **Verbalización con información clínica:** verbalizaciones del terapeuta que transmiten un conocimiento técnico sobre el problema o el proceso terapéutico que aumenta las posibilidades de cumplimiento de alguna respuesta.
 - **Sin emparejamiento:** conocimiento técnico que no especifica las conductas y/o beneficios de manera específica. (P.ej: toda una explicación teórica sobre los beneficios que tiene la respiración abdominal).
 - **Con emparejamiento apetitivo:** el terapeuta describe una conducta llevada a cabo por el cliente fuera de sesión y la empareja con expresiones o palabras apetitivas. (P.ej: “*Practicar la respiración es bueno*”)
 - **Con emparejamiento aversivo:** el terapeuta describe una conducta llevada a cabo por el cliente fuera de sesión y la empareja con expresiones o palabras aversivas. (P.ej: “*La gente que no se pone las pilas no mejora...*”)
- ▷ **Verbalizaciones motivadoras:** el terapeuta pone en relación una conducta real o hipotética del cliente y anticipa los beneficios que se obtendrán de ella. (Ej: “*Si practicas la respiración como te he explicado te sentirás mejor...*”)

3.2. Operación de abolición: verbalizaciones del terapeuta que tienen como función hacer menos probable la ocurrencia de una clase de respuestas. Normalmente están dentro del bloque pero no necesariamente tienen que estar dentro de un bloque.

- ▷ **Verbalización con información clínica:** verbalizaciones del terapeuta que transmiten un conocimiento técnico sobre el problema o el proceso terapéutico que disminuye las posibilidades de cumplimiento de alguna respuesta.
- **Sin emparejamiento:** conocimiento técnico que no especifica las conductas y/o beneficios de manera específica. (Ej.: una explicación acerca de los efectos nocivos de fumar).
 - **Con emparejamiento apetitivo:** el terapeuta describe una conducta llevada a cabo por el cliente fuera de sesión y la empareja con expresiones o palabras apetitivas. (Ej.: “dejar de preocuparse por todo aporta muchísima calma”).
 - **Con emparejamiento aversivo:** el terapeuta describe una conducta llevada a cabo por el cliente fuera de sesión y la empareja con expresiones o palabras aversivas. (Ej.: “Mirar a escondidas el móvil de alguien es indigno”).
 - Para ser considerado un emparejamiento, uno de los elementos del emparejamiento tiene que ser una **conducta** del cliente.

PS. Si no se habla con el cliente (por ejemplo si el terapeuta está comunicando a algún familiar algo), no se registran las verbalizaciones como “con emparejamiento”. Para que haya un emparejamiento la verbalización tiene que ser dirigida a la conducta del cliente, hacia el cliente.

- ▷ **Verbalizaciones motivadoras:** el terapeuta pone en relación una conducta real o hipotética del cliente y anticipa las consecuencias negativas que se obtendrán de ella. Ej. “Si no dejas de vigilar todo lo que hace, los problemas serán cada vez mayores”.
- Tiene que hacerse explícita la **conducta** del cliente que se está intentando motivar.

Tabla A1. Traducción de las antiguas categorías a las nuevas

SISC INTER CVT	SISC INTER CVT-R
	Estímulos antecedentes
Discriminativo sin indicar	Discriminativo
Discriminativo indicando	
Discriminativo fallido	Se elimina del registro
Discriminativo conversacional	Se elimina a no ser que la respuesta del cliente cambie el discurso del terapeuta
Evocadora	Elicitadora
Instructora dentro de sesión	Discriminativo instruccional
Instructora fuera de sesión	Discriminativo instruccional
	Estímulos consecuentes
Refuerzo conversacional	Se elimina
Refuerzo bajo (el refuerzo que registrábamos porque se repetía lo último que decía el cliente o se terminaba su frase y después continuaba hablando el terapeuta)	Se elimina
Refuerzo bajo (los bien, vale...)	Refuerzo bajo
Refuerzo medio/ alto	Refuerzo alto
Castigo bajo	Castigo bajo
	El castigo dirigido a cortar el discurso del cliente se elimina, ya no se registrará ese "castigo conversacional"
Castigo medio/ alto	Castigo alto
	Variables disposicionales
Informativa	▷ Operación de Establecimiento / Verbalización con información clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Sin emparejamiento • Con emparejamiento apetitivo • Con emparejamiento aversivo
	▷ Operación de Abolición / Verbalización con información clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Sin emparejamiento • Con emparejamiento apetitivo • Con emparejamiento aversivo
	▷ Operación de Establecimiento Motivadora ▷ Operación de Abolición Motivadora
Otras	Se elimina