El tratamiento de Enfermedades Mentales Graves desde la investigación de procesos [1, 2]

Jesús Alonso-Vega
Miguel Núñez de Prado-Gordillo [3]
Gladis Lee Pereira
María Xesús Froján-Parga
Universidad Autónoma de Madrid
Facultad de Psicología

Resumen

El concepto de Enfermedad Mental Grave (EMG) ha sido desarrollado en el seno del modelo biomédico y ha determinado de forma teórica y práctica las intervenciones psicológicas dedicadas al tratamiento de estos problemas. Desde los inicios del análisis de conducta se han generado evidencias que hacen lícito el abandono de la conceptualización exclusivamente biomédica de las denominadas Enfermedades Mentales Graves. Se ha demostrado que las conductas problema de estas personas pueden ser sensibles a cambios en variables ambientales y se han instaurado diferentes técnicas de evaluación e intervención (e.g., modificación de antecedentes/consecuentes y establecimiento de economías de fichas en contextos hospitalarios). No obstante, el análisis del control verbal que puede ejercer el terapeuta sobre la conducta del cliente, tanto fuera como dentro de sesión, aún sigue siendo una tarea pendiente. El objetivo de este artículo es presentar las aportaciones del análisis de la conducta al estudio y tratamiento de esta problemática, además de poner de relieve la importancia del análisis de los procesos de aprendizaje que ocurren durante la intervención psicológica con personas diagnosticadas de EMG.

Palabras clave: *Investigación de procesos, enfermedad mental grave, análisis de conducta aplicada, interacción verbal en terapia.*

Abstract

The concept of Serious Mental Illness (SMI), which was created within the biomedical model, has theoretically and practically shaped the psychological approaches to this kind of problems. In turn, since its beginning, the behavior analysis literature on this issue has provided enough evidence to allow for the abandonment of an exclusively biomedical approach to the so-called Severe Mental Illnesses. It has been proved that the problem behaviors of the people diagnosed with an SMI are sensitive to environmental changes. Drawing from this evidence, different evaluation and treatment techniques have been established (e.g., modification of antecedent and consequent variables, development of token economy procedures in hospital settings, etc.). However, the analysis of the verbal control that therapists might

[1] La referencia del artículo en la Web es: http://conductual.com/articulos/El tratamiento de enfermedades mentales graves desde la investigacion de procesos.pdf

[2] Este trabajo es parte del proyecto PSI2016-76551-R financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad del Gobierno de España.

[3] Miguel Núñez de Prado-Gordillo, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. C/ Ivan P. Pavlov, 6. 28049 Madrid, España. E-mail: miguel.nunnezdeprado@uam.es

have over the clients' behavior -in and out of the clinical sessions- remains a pending task. The aim of this article is to present the contributions of behavior analysis to the study and treatment of these problems, as well as highlighting the importance of analyzing the learning processes that occur during psychological intervention with people diagnosed with SMI.

Key words: *Psychotherapy process research, serious mental illness, applied behavior analysis, verbal interaction in therapy.*

El concepto *enfermedad mental grave* es un término utilizado en medicina para englobar un conjunto de diagnósticos psiquiátricos que afectan al funcionamiento en las actividades básicas diarias de las personas que los padecen (NIMH, 2018). Bajo el término *enfermedad mental grave* se engloban las siguientes etiquetas diagnósticas: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y depresión mayor grave (NIMH, 2018; WHO, 2017). El modelo biomédico que sustenta este tipo de conceptualización se caracteriza por asumir una aproximación estructural en el estudio de estos problemas (Ruggiero, Spada, Caselli & Sassaroli, 2018; Sturmey, 2007). Desde esta perspectiva, las enfermedades están originadas por una desviación significativa del funcionamiento fisiológico normal que produce consecuencias indeseables para el individuo afectado. Estos síntomas se consideran indicadores de la anormalidad fisiológica subyacente y, por lo tanto, son tomados como indicadores objetivos de los desórdenes que representan (Sarto-Jackson, 2018). A su vez, el tratamiento médico derivado de esta conceptualización pasaría por solventar este mal funcionamiento fisiológico a través de fármacos o intervenciones neurológicas.

El modelo biomédico es la perspectiva que más ha influido en la evaluación y tratamiento de las enfermedades mentales graves (EMG). Sin embargo, durante las últimas décadas este modelo ha generado críticas, entre las cuales cabe destacar: (a) falta de fiabilidad y validez de los manuales diagnósticos (Cooper, 2014; Deacon & McKay, 2015; Keshavan, Clementz, Pearlson, Sweeney & Tamminga, 2013; Keshavan, Nasrallah & Tandon, 2011; Markova & Berrios, 2012; Tandon, 2013; (b) la ausencia de datos empíricos que avalen la tesis de la identidad entre enfermedades mentales y déficits estructurales o funcionales específicos del cerebro (Deacon, 2013; Deacon & McKay, 2015; First, 2002; Kendler & Schaffner, 2011; Keshavan et al., 2011; Lacasse & Leo, 2015; Peele, 2015); (c) la ineficacia del tratamiento farmacológico a la hora de evitar la cronicidad de estos problemas (Deacon, 2013; El-Mallakh, Gao & Robert, 2011; Qaseem, Barry & Kansagara, 2016; Whitaker, 2015); (d) los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos (Deacon & McKay, 2015; Lader, Tylee & Donoghue , 2009; Moncrieff, 2015a, 2015b; Rummel-Kluge et al., 2010; Whitaker, 2015); y (e) los problemas éticos derivados del tratamiento basado en el modelo biomédico (Deacon & Baird, 2009; Deacon & McKay, 2015; Kvaale, Haslam & Gottdiener, 2013; Pescosolido et al., 2010; Rosenhan, 1973; Schomerus et al., 2012; Szasz, 1961; Thornton, 2007). Este conjunto de problemas es el que ha motivado la necesidad de un cambio de paradigma en el abordaje de las EMG y el desarrollo de alternativas científicamente fundadas desde la psicología clínica.

Los primeros trabajos en los que se analizan las conductas normalmente relacionadas con los diagnósticos de EMG desde una perspectiva psicológica conductual se publicaron a mediados de los años 50 en el seno del análisis experimental de conducta (Ayllon & Michael, 1959; Lindsley, 1956). En ellos, se establecieron las bases empíricas necesarias para la conceptualización funcional de las conductas problema

asociadas a enfermedad mental grave (Rutherford, 2003). Esto ha permitido el desarrollo de técnicas de evaluación y de modificación de conducta dirigidas a la reducción de las conductas problema y el aprendizaje y/o mantenimiento de conductas apropiadas. En la actualidad, gracias al movimiento de la práctica psicológica basada en la evidencia se ha estimulado la investigación dirigida a determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Chambless & Hollon, 1998; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012). Estos *estudios de eficacia* o *estudios de resultados* tienen como objetivo conocer cuáles son los tratamientos que funcionan en la intervención sobre distintos problemas psicológicos para generar protocolos de tratamiento basados en la evidencia. Un ejemplo paradigmático de la aplicación institucional de este tipo de investigaciones puede encontrarse en Reino Unido. En 2002, frente a una situación de desbordamiento de los recursos disponibles, las autoridades sanitarias decretaron un cambio en las políticas de salud mental, que se concretó en el aumento de la inversión en formación de psicólogos clínicos y en el establecimiento de la terapia cognitivo-conductual como la opción de tratamiento recomendada en nuevos casos de esquizofrenia. Precisamente, esta recomendación se basó en *estudios de eficacia* de los tratamientos psicológicos (Balter, 2014).

Las evidencias aportadas por este tipo de trabajos, como hemos visto en el anterior ejemplo, han colocado al modelo cognitivo-conductual como la terapia de elección para la mayoría de los problemas psicológicos (Hofmann et al., 2012). Sin embargo, la investigación de resultados centrada en la comparación entre distintos tipos de terapias deja de lado la explicación del éxito terapéutico. El análisis de los procesos de aprendizaje que hacen posible el cambio conductual que subyace al éxito de las diferentes técnicas de tratamiento no es un requisito fundamental en el movimiento de la psicología basada en la evidencia (Froján-Parga, Alonso-Vega, Sánchez & Muñoz, 2018). Por otro lado, Hurl, Wightman, Haynes y Virues-Ortega (2016) han puesto de manifiesto que, para el tratamiento de las mismas conductas problema, las terapias basadas en un análisis funcional son más efectivas que las terapias que no llevan a cabo dicho análisis funcional previo. Todo ello apunta en la dirección de la enorme relevancia del análisis de los procesos conductuales que subyacen al cambio clínico. Desde nuestro punto de vista, como consecuencia del abandono de la investigación de procesos, el modelo cognitivo-conductual ha perdido la reflexión teórica y la fundamentación experimental que caracterizaba a la modificación de conducta en sus inicios (Froján-Parga et al., 2018). Pese a que con el paso del tiempo se ha empezado a considerar la necesidad de aunar ambos tipos de investigación, la realidad es que aún no existe un consenso teórico suficiente dentro de la investigación de procesos que permita una investigación exhaustiva de los mismos.

A lo largo de este artículo se pondrá de relieve la importancia del análisis de los procesos de aprendizaje que posibilitan el éxito terapéutico de las diferentes terapias psicológicas que han mostrado evidencia para el tratamiento de las EMG. Para ello, primero se resumirán las principales terapias que han mostrado esta eficacia. A continuación, se hará un recorrido histórico de las principales aportaciones del análisis de conducta al tratamiento de estos problemas y, por último, se discutirá sobre la necesidad de analizar los procesos de aprendizaje que se dan en la interacción verbal en la clínica.

Estado Actual de la Intervención Psicológica en EMG

Existen varias organizaciones que proporcionan listados de las terapias eficaces para personas diagnosticadas de EMG. De todas ellas, la más reconocida es la de la División 12 de la *American*

creative commons

Psychological Association (APA), que incluye aquellas intervenciones *empíricamente validadas* y *probablemente eficaces* (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Chambless & Hollon, 1998). Por otro lado, en Europa, también se reconocen las guías de tratamiento aportadas por el National Institute of Heath and Care Excellence (NICE). Estas listas están compuestas de tratamientos derivados de teorías psicoanalíticas, intervenciones psicosociales, modelo cognitivo, modelo biomédico y modelo cognitivo-conductual. En la Tabla 1 se puede ver un listado actualizado de las terapias que actualmente muestran evidencia científica para el tratamiento de las denominadas EMG.

Pese a la heterogeneidad que presentan los individuos con el mismo diagnóstico y la disparidad entre las diferentes EMG, para un mismo diagnóstico diversas terapias se han mostrado eficaces y, a su vez, las mismas se han mostrado eficaces para diferentes problemas. Por ejemplo, para el tratamiento psicológico de la depresión mayor se recomiendan 13 intervenciones diferentes; para el de la esquizofrenia, 11 (Tabla 1), de las cuales 4 son las mismas que las recomendadas para la depresión (tanto la APA como el NICE). Esta lista de diferentes tratamientos compone una amalgama de intervenciones psicológicas fundamentadas en diversas teorías. Este cóctel teórico no solamente se produce entre las diferentes intervenciones; por ejemplo, el sistema de análisis cognitivo conductual de la psicoterapia (McCullough, 2003) se define como una terapia integrativa que combina diferentes componentes de las terapias cognitivas, conductuales, interpersonales y psicodinámicas, como señala la división 12 de la APA.

Esta diversidad de fundamentación nos lleva a una deriva teórica en la cual parece que todo vale mientras funcione. ¿Por qué funcionan todas estas terapias? ¿Cómo pueden funcionar diferentes terapias para el mismo problema? ¿Cómo es posible que una misma terapia funcione para problemas tan diferentes? ¿Cómo se puede explicar que diferentes concepciones de un mismo problema generen diferentes intervenciones eficaces? Estas preguntas no son novedosas, pero siguen sin tener una respuesta unánimemente aceptada. En esta línea, el objetivo central de los llamados *estudios de procesos* es analizar los mecanismos de cambio que hacen posible la mejora clínica y aplicar los principios generales a casos individuales (Rosen & Davison, 2003; Shapiro, 1995), más allá de las diferentes "marcas de terapia" que han resultado del movimiento de la psicología basada en la evidencia (EBPP). Esta investigación, que en un principio se veía relegada a un segundo plano, está empezando a tener relevancia en la actualidad. De hecho, el interés por el estudio de los procesos ha llevado a autores de las denominadas "terapias de tercera generación" (Hayes, 2004; Kohlenberg & Tsai, 1987) a asumir que la división por generaciones es inapropiada, y que debe fomentarse una aproximación que integre las distintas generaciones a partir del análisis de los procesos que subyacen al éxito terapéutico (Hayes & Hofmann, 2018).

Sin embargo, lo cierto es que el interés por este tipo de investigación tiene un gran recorrido histórico (Frank, 1961; Rosenzweig, 1936) y no está exento de la influencia de aproximaciones diversas (Lambert & Barley, 2001; Toukmanian & Rennie, 1992) y no siempre conceptualmente compatibles. Desde nuestra perspectiva, la solución a esta disparidad está en la aplicación de un modelo científico del estudio del comportamiento humano (Salzinger, 2011). Este modelo debe ser robusto y conceptualmente coherente, no una amalgama ecléctica de diferentes teorías psicológicas basadas en compromisos filosóficos y científicos incompatibles. La perspectiva científica que mejor se ajusta a este objetivo de investigación es el análisis de conducta, en la cual se asume que la mejoría clínica de una persona que acude al psicólogo se produce por un cambio conductual determinado por los procesos de aprendizaje que explican el comportamiento.

Tabla 1
Terapias eficaces para el tratamiento de las denominadas EMG

Nombre de la terapia	Depresión	Trastorno Bipolar	Esquizofrenia	TLP
Acceptance and Commitment Therapy	APA		APA	
Assertive Community Treatment			APA	
Behavioral Activation	APA; NICE			
Cognitive Adaptation Training			APA	
Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy	APA		APA	
Cognitive Therapy	APA	APA	APA	
Cognitive-Behavioral Therapy	APA; NICE	NICE	NICE	
Dialectical Behavior Therapy				APA; NICE
Emotion Focused Therapy	APA			
Family Focused Therapy		APA	APA; NICE	
Illness Management and Recovery			APA	
Interpersonal and Social Rhythm Therapy		APA		
Interpersonal Psychotherapy	APA; NICE	NICE		
Mentalization-Based Treatment				APA
Problem-Solving Therapy	APA			
Psychoeducation		APA		
Rational Emotive Behavioral	APA			
Reminiscence/Life Review Therapy	APA			
Schema-Focused Therapy				APA
Self-Management/Self-Control Therapy	APA			
Self-System Therapy	APA			
Short-Term Psychodynamic Therapy	APA			
Social Learning/Token Economy Programs			APA	
Social Skills Training			APA	
Supported Employment			APA	
Systematic Care		APA		
Transference-Focused Therapy				APA

creative commons

Análisis de Conducta y EMG

En la actualidad, el análisis de la conducta en contextos clínicos se asocia principalmente al tratamiento de niños diagnosticados de autismo y otros problemas del desarrollo, el abuso de sustancias, problemas relacionados con el diagnóstico de depresión, etc. (Dixon, Vogel, & Tarbox, 2012; Madden, Dube, Hackenberg, Hanley, & Lattal, 2013). Sin embargo, el análisis de conducta aplicado en el tratamiento de conductas problema asociadas con los diagnósticos de EMG, tradicionalmente relacionados con el espectro psicótico (e.g., esquizofrenia), no parecen tener hoy día el mismo nivel de implementación (Beavers, Iwata & Lerman, 2013; Hanley, Iwata & McCord, 2003; Matson et al., 2011). Esto contrasta notablemente con la propia historia del análisis de conducta. Las primeras aplicaciones de las técnicas de modificación de conducta basadas en el condicionamiento operante estuvieron precisamente dirigidas a la intervención sobre las verbalizaciones y otras conductas atípicas de personas diagnosticadas de esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico. Siguiendo los primeros trabajos experimentales de Odgen Lindsley (1956, 1963), Ayllon y Michael, en 1959, formaron en los principios del análisis de la conducta a tres enfermeras de un hospital psiquiátrico con la intención de cambiar su forma de trabajar, que hasta ese momento era meramente intuitiva, basada en el *sentido común* (Ayllon & Michael, 1959). Posteriormente, tras determinar junto con las enfermeras las conductas problema sobre las que intervenir de 19 pacientes del hospital, se inició una observación sistemática pre-tratamiento con el objetivo de determinar las condiciones ambientales bajo las que ocurrían las distintas conductas problema. Finalmente, tras la determinación de los eventos ambientales que podían estar controlando la aparición de dichas conductas, se pusieron en marcha cuatro tipos de procedimiento operante (extinción, reforzamiento de respuesta incompatibles, extinción junto a reforzamiento de respuesta incompatibles y condicionamiento de evitación y escape) para comprobar si se producían variaciones de respuesta asociadas a la variación de las condiciones ambientales, obteniendo como resultado una reducción considerable de dichas respuestas. Los resultados de esta investigación constituyen una de las primeras demostraciones de que las conductas que forman parte de los síntomas principales para el diagnóstico de EMG son sensibles a la variación de las contingencias ambientales y, por lo tanto, susceptibles de intervención por parte de los profesionales. La línea de trabajo que abren estos autores propone que los problemas de estas personas, más que ser la manifestación de un desorden mental o cerebral, son esencialmente problemas de conducta originados a lo largo de su historia de aprendizaje y mantenidas por las relaciones de contingencia que mantienen con eventos de su entorno presente. Por tanto, más allá de la búsqueda de supuestos desórdenes psíquicos o neuroquímicos subyacentes, de lo que se trata es de intentar descubrir y manipular dichas variables contextuales con el propósito de modificar las conductas objeto de diagnóstico y fomentar la aparición de otras que compitan con éstas (véase Rosenfarb, 2013).

Siguiendo esta misma línea de trabajo, a lo largo de las décadas de los 60 y 70, otros investigadores continuaron empleando procedimientos basados en el condicionamiento operante y clásico, dirigidos a la determinación de las relaciones de contingencia responsables del mantenimiento de diversas conductas psicóticas (alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado o perseverante, etc.) con el objetivo de reducir dichas conductas y/o fomentar la aparición de otras más deseables o incompatibles. Entre los diversos procedimientos utilizados, el más comúnmente empleado fue el reforzamiento de respuestas alternativas o incompatibles (Anderson & Alpert, 1974; Ayllon & Haughton, 1964; Ayllon & Michael, 1959; Liberman, Teigen, Patterson & Baker, 1973; Nydegger, 1972; Patterson & Teigen, 1973; Richard, Dignam & Horner, 1960; Wincze, Leitenberg & Agras, 1972), generalmente combinado con la extinción de las conductas

problema, si bien también cabe destacar el empleo de la desensibilización sistemática (Alumbaugh, 1971; Nydegger, 1972; Slade, 1972), el castigo negativo, concretamente, el tiempo fuera (Davis, Wallace, Liberman & Finch, 1976; Haynes & Geddy, 1973; Herron & DeArmond, 1978) y el castigo positivo (Alford & Turner, 1976; Anderson & Alpert, 1974; Belcher, 1988; Butcher & Fabricatore, 1971). De igual modo, el establecimiento de economías de fichas en los centros hospitalarios para el aumento de conductas prosociales y reducción de las conductas objeto de diagnóstico también fue ampliamente empleado (Gomes-Schwartz, 1979).

La definición de las alucinaciones, delirios y otros "síntomas" del espectro psicótico como conductas y su intervención mediante técnicas basadas en los principios del condicionamiento clásico y operante supuso un auténtico giro copernicano en la investigación y tratamiento de estos problemas. Sin embargo, pese al éxito terapéutico de este tipo de intervenciones, lo cierto es que algunas de ellas no se basaban en una evaluación pre-tratamiento de las relaciones de contingencia que podían estar manteniendo las conductas problema, como sí habían hecho Ayllon y Michael (1959) en un principio. De hecho, cuando sí se hacía, dicha evaluación solía consistir en observaciones más o menos sistemáticas, no siempre bien planificadas, de las conductas problema tal y como ocurrían en su contexto natural. Recogiendo el testigo de Ayllon y Michael (1959), Layng y Andronis (1984) recuperan la idea de que estos problemas, más que ser conductas desadaptativas y sin sentido, son conductas adaptativas y "racionales", en el sentido de que pueden ser comprendidas y explicadas por las relaciones de contingencia que mantienen y han mantenido con el entorno (Burns, Heiby & Tharp, 1983; Skinner, 1957).

De este modo, se vuelve a poner sobre la mesa la necesidad de hacer una evaluación pre-tratamiento de las conductas psicóticas, que permita determinar de forma idiosincrática la función que dichas conductas pueden tener para la persona diagnosticada. En 1982, con el desarrollo y establecimiento protocolizado del análisis funcional de la conducta como metodología experimental específica para la evaluación pre-tratamiento (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman & Richman et al., 1982, 1994), se da un paso más allá en la intervención conductual sobre las conductas del espectro psicótico. Frente a las evaluaciones de carácter meramente descriptivo como las empleadas por Ayllon y Michael (1959) o Ayllon y Haughton (1964), autores como Mace, Lalli y Lalli (1991) mantienen la necesidad de emplear el método experimental desarrollado por Iwata et al. (1982, 1994) para poder determinar con exactitud la funcionalidad de alucinaciones, delirios y otras conductas problema, más allá de la correlación entre variables que puede establecerse con métodos exclusivamente descriptivos o indirectos. En cualquier caso, en las últimas décadas se han producido mejoras significativas en la calidad metodológica de los métodos no experimentales, con la consiguiente mejora en la fiabilidad de las hipótesis funcionales establecidas por dichos métodos (Durand & Crimmins, 1988; Iwata, 1996; a modo de ejemplo, véase McDonough, Johnson & Waters, 2017). Desde entonces, múltiples estudios han establecido experimentalmente y por otros medios las diversas funciones que pueden tener las conductas psicóticas, e interviniendo posteriormente en consecuencia. La función más comúnmente encontrada es la atención recibida de forma contingente a la emisión de la conducta problema (Arntzen, Tonnessen & Brouwer, 2006; Carr & Britton, 1999; DeLeon, Arnold, Rodríguez-Catter & Uy, 2003; Dixon, Benedict & Larson, 2001; Lancaster et al., 2004; Mace & Lalli, 1991; Rehfeldt & Chambers, 2003; Travis & Sturmey, 2010; Wilder, Masuda, O'Connor & Baham, 2001; Wilder, White & Yu, 2003), aunque también cabe destacar la función de escape de demandas del entorno (Jiménez, Todman, Pérez, Godoy & Landon-Jiménez, 1996), en ocasiones apareciendo ambas como funciones relevantes (Mace, Webb, Sharkey, Mattson & Rosen,

creative commons

1988; McDonough et al., 2017). Otros autores han encontrado otras funciones como el auto-reforzamiento (Lancaster et al., 2004; Vandbakk, Arntzen, Gisnaas, Antonsen & Gundhus, 2012) o el control estimular, en combinación con la atención (Horner, Albin & Mank, 1989). En consecuencia, las técnicas de modificación de conducta más frecuentes en las últimas décadas ha sido el reforzamiento diferencial de respuestas alternativas, incompatibles u otras respuestas, generalmente en combinación con la extinción de las respuestas problema, (Arntzen et al., 2006; DeLeon et al., 2003; Dixon et al., 2001; Horner, Albin & Mank, 1989; Mace et al., 1988; Jiménez et al., 1996; McDonough et al., 2017; Rehfeldt & Chambers, 2003; Travis & Sturmey, 2010; Vandbakk et al., 2012; Wilder et al., 2001; 2003) y, por otro lado, el reforzamiento no contingente (Carr & Britton, 1999; Lancaster et al., 2004; Mace & Lalli, 1991), lo que, en comparación con los estudios previos, muestra una clara progresión hacia el abandono de técnicas de modificación de conducta basadas en el condicionamiento aversivo.

Hasta ahora, nos hemos centrado exclusivamente en las intervenciones conductuales que promueven el cambio clínico a partir de la detección de las variables de control ambientales de la conducta problema y/o deseable y su posterior alteración. Al margen del rotundo éxito clínico exhibido en estos estudios, lo cierto es que la aplicabilidad de este tipo de intervención está en cierto modo restringida a contextos de tratamiento donde el terapeuta tiene la posibilidad de intervenir de forma continua sobre los antecedentes y consecuentes de la conducta de la persona diagnosticada. Sin embargo, en la actualidad existe una gran cantidad de tratamientos que se producen de forma ambulatoria, donde las oportunidades de intervención están mucho más restringidas. En este contexto de tratamiento intermitente, máxime teniendo en cuenta que las intervenciones psicológicas son las recomendadas para el tratamiento de las EMG, el papel de la conducta verbal de la persona diagnosticada y su posible influencia sobre su comportamiento en contextos extraclínicos se torna una variable de estudio de vital importancia.

Análisis Funcional de Interacción Verbal y la Intervención en EMG

Desde los años 70, y especialmente a partir de los años 80, el análisis de conducta se ha interesado por el estudio de la función de la conducta verbal en los individuos y en la interacción entre ellos. Desde nuestro punto de vista, los estudios sobre el efecto de las instrucciones en la conducta verbal y no verbal de otros individuos (Catania, Matthews & Shimoff, 1982; Catania, Shimoff & Matthews, 1989; Matthews, Catania & Shimoff, 1985), el papel del reforzamiento en el aumento de la correspondencia decir-hacer-reportar (Israel & Brown, 1977; Israel & O´Leary, 1973; Risley & Hart, 1968), el valor motivador de verbalizaciones en las que se especifican contingencias (Schlinger & Blakely, 1987), la función de las auto-instrucciones en el establecimiento de nuevos hábitos (Faloon & Rehfeldt, 2008), o el rol de la conducta verbal en la formación de clases de equivalencia (Pérez-Fernández, 2015), aportan la base experimental para estudiar los procesos de aprendizaje que se pueden poner en marcha durante la interacción verbal en contextos clínicos.

Históricamente, sin embargo, el estudio de la conducta verbal ha sido fuente de críticas desde los modelos cognitivos y ha generado debate dentro del mismo seno del análisis de conducta. A este respecto, Ribes (1990) formula una teoría de la actividad lingüística que critica la posición del análisis de la conducta tanto como los planteamientos cognitivos, entendiendo que todo análisis de la actividad lingüística requiere la consideración tanto del referidor (hablante, escritor, gesticulador) como del referido (escucha, lector, observador), algo que el análisis de conducta no suele tener en cuenta; considera que las palabras son construcciones convencionales que hacen presente algo (refieren) y que el lenguaje tiene una

función sustitutiva referencial, que denomina "contacto funcional por extensión de contingencias" en la versión actual de su teoría (Ribes, 2018). Dicho contacto funcional se caracteriza porque, mediante el lenguaje, se hace presente alguna circunstancia, lo cual posibilita la reacción ante la misma como si estuviera presente. Sin embargo, ni las propuestas teóricas del interconductismo y del análisis de la conducta ni la extensa tradición investigadora inaugurada en los años 70 por los estudios anteriormente descritos, fueron tenidos en cuenta por las posturas cognitivas, que siguieron defendiendo que el análisis de conducta no permitía un análisis apropiado de los procesos mentales privados que explicaban la conducta compleja de los seres humanos (Pérez-Fernández, 2015). Desafortunadamente, este malentendido dio lugar a que las terapias cognitivo-conductuales posteriores se vieran influenciadas por concepciones dualistas de los eventos privados, alejadas de las bases filosóficas del análisis de conducta (Salzinger, 1992; Froján-Parga, Núñez de Prado-Gordillo & de Pascual, 2017). Desde los años 80 hasta prácticamente la actualidad, la terapia cognitivo-conductual ha sido una de las terapias con más influencia en el panorama clínico (Tabla 1). Pese a este estatus, debido a los problemas conceptuales planteados por una concepción mentalista de la conducta privada de los individuos, la terapia cognitiva no ha resultado eficaz a la hora de explicitar los procesos de aprendizaje básicos que explican la eficacia de sus técnicas.

Sin embargo, a principios de este siglo, el interés por el estudio de la conducta verbal desde una aproximación conductual se ha renovado. Esta atención se ha producido a causa del auge de las denominadas "terapias de tercera generación" (Hayes, 2004; Kohlenberg & Tsai, 1987). Hayes rescata el análisis operacional propuesto por Skinner de términos tradicionalmente psicológicos como el lenguaje y la cognición (Skinner, 1945). En este sentido, el autor defiende que, al romper con las bases teóricas del conductismo metodológico y asumir que los eventos privados pueden influir sobre el comportamiento humano, Skinner abre la puerta al estudio de la cognición desde una aproximación científica (Hayes, 2004). Siguiendo con esta tradición, Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001) proponen la teoría de los marcos relacionales (RFT) para el estudio de la conducta verbal. Esta teoría está basada en una interpretación de los resultados experimentales de los estudios sobre relaciones de equivalencia (Pérez-Fernández, 2015), y serviría para explicar las funciones complejas de la conducta verbal y los cambios producidos por las técnicas de intervención desarrolladas en el seno de las terapias cognitivas.

El trabajo de estos autores, así como el de otros que integran la corriente de las terapias de tercera generación, implica el reconocimiento de la conducta verbal como una potencial e importantísima fuente de cambio clínico, especialmente en contextos de intervención ambulatoria (Hayes, 2004; Kohlenberg & Tsai, 1987). Desde esta perspectiva, la distinción entre "relación terapéutica" y "tratamiento" se difumina por completo (Norcross & Lambert, 2011), ya que las contingencias verbales creadas en la interacción clínica, independientemente de la fase de la intervención, tienen un efecto en la conducta del usuario, tanto verbal como no verbal, y tanto dentro de la clínica como fuera de ella. En esta línea, Baruch, Kanter, Busch, y Juskiewicz, (2009) mostraron evidencias de la eficacia de la psicoterapia analítico funcional (PAF) para el tratamiento de una persona que presentaba conductas problema de corte psicótico. Este estudio de caso es una de las primeras demostraciones de la capacidad que tiene la interacción verbal entre el terapeuta y el usuario para cambiar o reforzar conductas en personas diagnosticadas de EMG.

Como se ha comentado, algunos de los máximos exponentes de las terapias de tercera generación han defendido recientemente la necesidad de integrar las distintas tradiciones terapéuticas a partir de un enfoque de investigación basado en el estudio de los procesos que explican el cambio terapéutico (Hayes

& Hofmann, 2018). Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la consecución de este proyecto necesita una conceptualización apropiada de estos procesos. Como hemos visto, una de las principales aportaciones de estos autores ha sido el volver a poner de relieve el papel fundamental de la conducta verbal como concepto explicativo. Sin embargo, la RFT ni es la única aproximación al estudio de la conducta verbal (Petursdottir, 2018), ni está exenta de importantes críticas, que ponen en cuestión la viabilidad de sus fundamentos conceptuales y, por ende, su capacidad para dar cuenta de los procesos que explican el cambio clínico (Gross & Fox, 2009; Tonneau, 2001, 2002, 2004). Por ejemplo, Assaz, Roche, Kanter y Oshiro (2018) han criticado la definición del término "defusión cognitiva" como proceso (Hayes & Hofmann, 2018; Hayes & Strosahl, 2004), señalando que tiene más sentido entenderlo como el resultado de la intervención y que son los procesos de aprendizaje (e.g. extinción, contra-condicionamiento, reforzamiento, etc.) los que explican el éxito terapéutico de los ejercicios propuestos por la ACT (Assaz et al., 2018).

Los procesos que explican la eficacia de las terapias no pueden tener una definición diferente a la de los principios de aprendizaje aplicables a la conducta de los organismos. La RFT parte de la idea de que el condicionamiento operante, tal y como había sido concebido desde el enfoque skinneriano, es insuficiente para explicar ciertas conductas simbólicas complejas (Hayes et al. 2001). Si bien no podemos estar más de acuerdo, desde nuestro punto de vista la solución no radica en proponer nuevos tipos de conducta operante (i.e., la conducta relacional), debido a los problemas conceptuales que ello implica (Gross & Fox, 2009; Tonneau, 2001, 2002). De acuerdo con Fienup (2019), creemos que una aproximación adecuada al estudio de la conducta verbal en terapia debe intentar integrar los diferentes procesos de aprendizaje descritos por el análisis experimental de la conducta (Petursdottir, 2018; Rosenfarb, 1992), otorgando un interés renovado por los procesos pavlovianos como concepto fundamental en la explicación de los fenómenos relacionados con la conducta simbólica (como, por ejemplo, la aparición inicial de nuevas respuestas ante determinados estímulos a partir del mero reforzamiento de las verbalizaciones que hacen referencia a dichas relaciones de contingencia (Froján-Parga et al., 2017; Tonneau, 2004; Tonneau & González, 2004).

Entre los procesos de aprendizaje que podrían estar operando en la interacción clínica cabría destacar: (a) el reforzamiento de verbalizaciones proterapéuticas y el castigo de verbalizaciones anti-terapéuticas (Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Froján-Parga, Ruiz-Sancho & Calero-Elvira, 2016; Ruiz-Sancho, Froján-Parga & Galván-Domínguez, 2015); (b) el moldeamiento y encadenamiento de la conducta verbal del cliente hacia la emisión de verbalizaciones evaluables como más racionales (Calero-Elvira, Froján-Parga, Ruiz-Sancho & Alpañés-Freitag, 2013; Froján-Parga, Calero-Elvira, Pardo-Cebrián & Núñez de Prado-Gordillo, 2018; Poppen, 1989); (c) el empleo de operaciones de establecimiento y abolición que aumentan la probabilidad de emisión de verbalizaciones proterapéuticas (Dougher & Hackbert, 2000; Froján, Alpañés, Calero & Vargas, 2010; Luciano & Valdivia, 2006); (d) el reforzamiento del seguimiento de instrucciones dentro de sesión y de la descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión (de Pascual & Trujillo, 2018; Leitenberg, Agras, Barlow & Olveau, 1969; Marchena-Giráldez, Calero-Elvira & Galván-Domínguez, 2013; Ortiz & Cruz, 2011); o (e) el empleo de emparejamientos pavlovianos que facilitarían el establecimiento de nuevas conductas en el contexto extraclínico (Froján-Parga et al., 2017). Este es, en nuestra opinión, el punto de partida que debe adoptar cualquier aproximación al estudio de procesos que aspire a lograr un enfoque integrador, conceptualmente coherente y capaz de explicar el éxito terapéutico de la intervención psicológica con personas diagnosticadas de EMG.

Conclusiones

El enfoque biomédico en la intervención con personas diagnosticadas de EMG ha dirigido la investigación y tratamiento de estos problemas hacia un profundo estancamiento en lo conceptual, lo experimental y lo aplicado. Por un lado, el modelo diagnóstico psiquiátrico ha generado un modelo de tratamiento manualizado, que parte de un etiquetado poco fiable como principal guía de la intervención. Por otro lado, el modelo biomédico conlleva la asunción, no demostrada empíricamente, de que los problemas psicológicos son síntomas superficiales de alteraciones estructurales y/o funcionales en el sustrato neural. Esto ha llevado a situar la medicación como principal agente de cambio clínico (Lehman et al., 2010; United Nations Human Rights Council, 2017; Warner, 2010) y a conceptualizar el éxito terapéutico haciendo más énfasis en la reducción de síntomas que en el cambio conductual asociado a una mejora en el bienestar de la persona (Deacon, 2013; González-Pardo & Pérez-Álvarez, 2007; United Nations Human Rights Council, 2017).

Desde la psicología y la propia psiquiatría se ha pretendido hacer frente a este modelo neurocéntrico, reclamando la necesidad de atender no solo a los factores "bio", sino también a los "psicosociales", a la hora de comprender y explicar los problemas de las personas diagnosticadas de EMG (Deacon & McKay, 2015; Engel, 1977; United Nations Human Rights Council, 2017). Sin embargo, desde nuestro punto de vista, los distintos modelos terapéuticos de corte biopsicosocial, en su intento de reconciliación con la práctica psiquiátrica vigente, han heredado diversos déficits conceptuales y prácticos que lastran el potencial de la terapia psicológica como herramienta de cambio clínico. En primer lugar, este acercamiento ha conllevado una importante limitación del papel adjudicado al psicólogo en la intervención con personas diagnosticadas de EMG. Al asumir una conceptualización de los problemas psicológicos en clave de "síntoma", la psicología ha tendido a infravalorar el papel desempeñado por el contexto en el origen y el mantenimiento de estos problemas, y a desatender su potencial como fuente de cambio clínico. En esta línea, trastornos como la esquizofrenia siguen siendo vistos como problemas crónicos cuya principal raíz etiológica se encuentra en un déficit neural subyacente. Por tanto, la terapia psicológica queda relegada a un segundo plano, resituando sus límites de actuación dentro del ámbito de la "estabilización" de la persona diagnosticada y fuera de la posible promoción de cambios clínicamente significativos. Esto nos deja una concepción del éxito terapéutico poco ambiciosa, donde el fomento de la "conciencia de enfermedad" en la persona diagnosticada y su correcta adherencia al tratamiento farmacológico constituyen los principales objetivos terapéuticos (Becoña & Lorenzo, 2001; Colom et al., 2005; Lehman et al., 2010; United Nations Human Rights Council, 2017).

Por otro lado, la "psiquiatrización" de los enfoques psicológicos alcanza incluso a aquellos que tienen como objetivo generar cambios relevantes en comportamiento de las personas diagnosticadas de EMG. El movimiento de la práctica psicológica basada en la evidencia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice., 2006; Chambless & Hollon, 1998) sigue basándose en el mismo modelo diagnóstico; para determinar si una psicoterapia es eficaz o no, se considera únicamente si un tratamiento en concreto ha producido una reducción significativa de síntomas para un conjunto de personas etiquetadas de igual forma, pese a que sus problemas particulares puedan diferir enormemente unos de otros. Esto, a su vez, ha llevado a muchos profesionales a descuidar la investigación sobre los procesos básicos que pueden explicar dicha efectividad. El resultado, como ya hemos visto, es un ecléctico compendio de terapias, en ocasiones conceptualmente incompatibles entre sí, que deja a decisión de los profesionales el aplicar una u otra al margen de su conocimiento del marco teórico en el que fueron

desarrolladas, y no permitiéndoles dar cuenta de por qué algunas terapias funcionan para unos, pero no para otros.

La plena implementación de un enfoque psicológico en la intervención con personas diagnosticadas de EMG debe pasar necesariamente por la solidez conceptual y empírica de las bases teóricas de la intervención. Esto, más allá de los resultados de un conjunto de ensayos clínicos aleatorizados, implica tomar en consideración cuáles son los procesos básicos que subyacen al cambio clínico generado por cualquier terapia. Si bien los estudios de procesos también se han llevado a cabo desde muy diversas perspectivas (Frank, 1961; Rosenzweig, 1936; Toukmanian & Rennie, 1992), en nuestra opinión el análisis experimental de la conducta ofrece un excelente punto de partida, dada su potencia explicativa para dar cuenta del comportamiento humano y no humano y su historial de desarrollo de aplicaciones exitosas en el ámbito clínico. Esta perspectiva supone el abandono de la etiqueta diagnóstica como concepto explicativo y objetivo de la intervención, así como el restablecimiento de la interacción agente-entorno como el nivel de explicación adecuado para dar cuenta tanto del comportamiento considerado "normal" o "deseable" como del considerado "psicopatológico" (Pérez-Álvarez, 1996, 2004, 2011; Follette et al., 1996; Rosenfarb, 2013).

En este sentido, hemos destacado el papel que puede jugar la interacción verbal en terapia como principal vehículo de los procesos de cambio que se dan en la intervención psicológica, máxime cuando esta se produce en contextos de tratamiento ambulatorio e intermitente. A través de dicha interacción, el terapeuta puede modificar la conducta verbal y no verbal de la persona diagnosticada en sesión para, así, aumentar la probabilidad de que dichos cambios se generalicen al contexto extraclínico. Por tanto, el estudio de los procesos conductuales (tanto operantes como pavlovianos) que configuran dicha interacción es de vital importancia para determinar qué cursos de acción terapéutica serán más efectivos y eficientes (Rosenfarb, 1992).

El desarrollo de este tipo de propuestas es necesario para consolidar la idea, cada vez más aceptada, de que es en la relación entre una persona diagnosticada y su entorno donde hay que buscar las raíces del problema psicológico y, en consecuencia, las claves para su intervención. En este sentido, la figura del terapeuta y el contexto clínico constituyen una parte muy relevante del entorno de la persona diagnosticada. Por tanto, el análisis de los procesos de condicionamiento clásico y operante que operan en la interacción terapéutica es un objetivo de investigación primordial para entender por qué funciona lo que funciona y, en consecuencia, ser capaces de desarrollar nuevas estrategias de intervención más eficaces. En el modelo conductual, el psicólogo, más que un mero elemento estabilizador, puede y debe cumplir un papel esencial como promotor de cambios conductuales significativos en la vida de las personas diagnosticadas, que pueden ir más allá de la mera reducción de los problemas tipificados como supuestos síntomas. Por otro lado, no debe perderse de vista que la persona diagnosticada, lejos de ser un elemento pasivo, es un agente activo de su propio cambio, que tiene derecho a la toma de decisiones sobre los objetivos terapéuticos y cumple un papel decisivo en su consecución.

creative commons

Referencias

Alford, G. S., & Turner, S. M. (1976). Stimulus interference and conditioned inhibition of auditory hallucinations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7*(2), 155-160.

Alumbaugh, R. V. (1971). Use of behavior modification techniques toward reduction of hallucinatory behavior: A case study. *The Psychological Record*, *21*(3), 415-417.

Anderson, L. T., & Alpert, M. (1974). Operant analysis of hallucination frequency in a hospitalized schizophrenic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *5*(1), 13-18.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, *61*(4), 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271

Arntzen, E., Tønnessen, I. R., & Brouwer, G. (2006). Reducing aberrant verbal behavior by building a repertoire of rational verbal behavior. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*, *21*(3), 177-193. doi:10.1002/bin.220

Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive Defusion in Acceptance and Commitment Therapy: What Are the Basic Processes of Change? *The Psychological Record*, 1-14. doi:10.1007/s40732-017-0254-z

Ayllon, T. & Haughton, E. (1964). Modification of symptomatic verbal behaviour of mental patients. *Behaviour Research and Therapy*, *2*(2-4), 87-97.

Ayllon, T., & Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *2*(4), 323–334.

Balter, M. (2014). Talking Back to Madness. *Science*, *343*(6176), 1190-1193. doi:10.1126/science.343.6176.1190

Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, *8*(3), 241-257.

Beavers, G. A., Iwata, B. A., & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *46*(1), 1-21. doi:10.1002/jaba.30

Becoña, E., & Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema, 13*(3), 511-522.

Belcher, T. L. (1988). Behavioral reduction of overt hallucinatory behavior in a chronic schizophrenic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19*, 69-71.

Burns, C. E., Heiby, E. M., & Tharp, R. G. (1983). A verbal behavior analysis of auditory hallucinations. *The Behavior Analyst, 6*(2), 133–143.

creative commons

Butcher, B., & Fabricatore, J. (1970) Use of patient-administered shock to suppress hallucinations. *Behavior Therapy*, *1*, 382-385.

Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Alpañés-Freitag, M. (2013). Descriptive study of the Socratic method: evidence for verbal shaping. *Behavior Therapy, 44*(4), 625-638.

Carr, J. E., & Britton, L. N. (1999). Idiosyncratic effects of noncontingent reinforcement on problematic speech. *Behavioral Interventions, 14*, 37-43.

Catania, A. C., Matthews, B. A., & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *38*(3), 233-248. doi:10.1901/jeab.1982.38-233

Catania, A. C., Shimoff, E., & Matthews, B. A. (1989). An Experimental Analysis of Rule-Governed Behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-Governed Behavior* (pp. 119-150). doi:10.1007/978-1-4757-0447-1_4

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(1), 7-18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7

Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., & Scott, J. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders, 7*(5), 32-36.

Cooper, R. (2014). *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Londres: Karnac Books.

Davis, J. R., Wallace, C. J., Liberman, R. P., & Finch, B. E. (1976). The use of brief isolation to suppress delusional and hallucinatory speech. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *7*(3), 269-275.7

De Pascual, R. & Trujillo, C. (2018). Estudio de la relación entre las verbalizaciones motivadoras y el seguimiento de instrucciones en la terapia psicológica. *Revista Clínica Contemporánea, 9*(14), 1-11

Deacon, B. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical psychology review*, *33*(7), 846-861. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.007

Deacon, B., & Baird, G. (2009). The chemical imbalance explanation of depression: Reducing blame at what cost? *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(4), 415-435.

Deacon, B., & McKay, D. (2015). The biomedical model of psychological problems: A call for critical dialogue. *The Behavior Therapist, 38*, 231-235

DeLeon, I. G., Arnold, K. L., Rodriguez-Catter, V., & Uy, M. L. (2003). Covariation between bizarre and nonbizarre speech as a function of the content of verbal attention. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 101–104.

Dixon, D. R., Vogel, T., & Tarbox, J. (2012). A brief history of functional analysis and applied behavior analysis. En *Functional assessment for challenging behaviors* (pp. 3-24). Springer, New York, NY. doi:10.1007/978-1-4614-3037-7_2

Dixon, M. R., Benedict, H., & Larson, T. (2001). Functional analysis and treatment of inappropriate verbal behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 34*, 361–363.

Dougher, M., & Hackbert, L. (2000). Establishing operations, cognition, and emotion. *The behavior analyst*, *23*(1), 11-24. doi: 10.1007/BF03391996

Durand, V. M., & Crimmins, D. B. (1988). Identifying the variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *18*(1), 99-117

El-Mallakh, R., Gao, Y., & Robert, R. (2011). Tardive dysphoria: The role of long-term antidepressant use in inducing chronic depression. *Medical Hypotheses, 76*(6), 769-773.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine *Science*, *196*(4286), 129-136.

Faloon, B. J., & Rehfeldt, R. A. (2008). The Role of Overt and Covert Self-Rules in Establishing a Daily Living Skill in Adults with Mild Developmental Disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *41*(3), 393-404. doi:10.1901/jaba.2008.41-393

Fienup, D. M. (2019). The Future of Verbal Behavior: Integration. *The Analysis of Verbal Behavior*. doi:10.1007/s40616-018-0108-z

First, M. (2002). A research agenda for DSM-5: Summary of the white papers. *Psychiatric Research Report, 18*, 10–13.

Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior therapy*, *27*(4), 623-641.

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Froján, M. X., Alpañés, M., Calero, A., Vargas, I. (2010). A behavioural conceptualization of motivation in the therapeutic process. *Psicothema, 22*, 556-561.

Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A., Pardo-Cebrián, R., & Núñez de Prado-Gordillo, M. (2018). Verbal Change and Cognitive Change: Conceptual and Methodological Analysis for the Study of Cognitive Restructuring Using the Socratic Dialog. *International Journal of Cognitive Therapy, 11*(2), 200–221. doi:10.1007/s41811-018-0019-8

Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Calero-Elvira, A. (2016). A theoretical and methodological proposal for the descriptive assessment of therapeutic interactions. *Psychotherapy Research, 26*(1), 48-69.

creative commons

Froján-Parga, M. X., Alonso-Vega, J., Sánchez, C. T., & Muñoz, V. E. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, *36*(1-2), 55-62.

Froján-Parga, M. X., Núñez de Prado-Gordillo, M. & de Pascual-Verdú, R. (2017). Cognitive techniques and language: A return to behavioral origins. *Psicothema, 29*, 352-357.

Gomes-Schwartz, B. (1979). The modification of schizophrenic behavior. *Behavior Modification*, *3*(4), 439-468.

González-Pardo, H., & Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.

Gross, A. C., & Fox, E. J. (2009). Relational Frame Theory: An Overview of the Controversy. *The Analysis of Verbal Behavior*, *25*(1), 87-98.

Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of applied behavior analysis*, *36*(2), 147-185.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Nueva York: Kluwer Academics/Plenum Publishers.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). Future directions in CBT and Evidence-based therapy. En S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland (CA): Context Press

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag

Haynes, S. N., & Geddy, P. (1973). Suppression of psychotic hallucinations through time-out. *Behavior Therapy*, *4*(1), 123-127.

Herron, D. P., & DeArmond, D. (1978). The use of time-out in controlling hallucinatory behavior in a mentally retarded adult. *Bulletin of the Psychonomic Society*, *11*(2), 115-116.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, *36*(5), 427-440.

Horner, R. H., Albin, R. W., & Mank, D. M. (1989). Effects of undesirable, competing behaviors on the generalization of adaptive skills: A case study. *Behavior modification*, *13*(1), 74-90.

Hurl, K., Wightman, J., Haynes, S. N., & Virues-Ortega, J. (2016). Does a pre-intervention functional assessment increase intervention effectiveness? A meta-analysis of within-subject interrupted time-series studies. *Clinical Psychology Review*, *47*, 71-84. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.003

Israel, A. C., & Brown, M. S. (1977). Correspondence training, prior verbal training, and control of nonverbal behavior via control of verbal behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 333-338.

Israel, A., & O'Leary, K. D. (1973). Developing correspondence between children's words and deeds. *Child Development, 44*, 575-581.

Iwata, B. A. (1996). *Functional analysis screening tool.* Gainesville, FL: Author

Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of applied behavior analysis, 27*(2), 197-209. (Reimpreso de *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 2*, 3–20, 1982).

Jiménez, J. M., Todman, M., Pérez, M., Godoy, J. F., & Landon-Jiménez, D. V. (1996). The behavioral treatment of auditory hallucinatory responding of a schizophrenic patient. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 27*(3), 299-310.

Kendler, K., & Schaffner, K. (2011). The dopamine hypothesis of schizophrenia: an historical and philosophical analysis. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *18*(1), 41-63. doi:10.1353/ppp.2011.0005

Keshavan, M., Clementz, B., Pearlson, G., Sweeney, J., & Tamminga, C. (2013). Reimagining psychoses: an agnostic approach to diagnosis. *Schizophrenia Research, 146* (1-3), 10-16.

Keshavan, M., Nasrallah, H., & Tandon, R. (2011). Schizophrenia, "Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophrenia research*, *127*(1-3), 3-13. doi:10.1016/j.schres.2011.01.011

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N. S.Jacobson (Ed.), Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives (pp. 388-443).

Kvaale, E., Haslam, N., & Gottdiener, W. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical psychology review*, *33*(6), 782-794. doi:10.1016/j.cpr.2013.06.002

Lacasse, J., & Leo, J. (2015) Challenging the narrative of chemical imbalance: A look at the evidence. En B. Probst (Ed.), *Critical Thinking in Clinical Diagnosis and Assessment* (pp. 275-282). New York: Springer.

Lader, M., Tylee, A., & Donoghue J. (2009). Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs, 23*, 19-34.

Lancaster, B. M., LeBlanc, L. A., Carr, J. E., Brenske, S., Peet, M. M., & Culver, S. J. (2004). Functional analysis and treatment of the bizarre speech of dually diagnosed adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *37*(3), 395–399. doi:10.1901/jaba.2004.37-395

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 357-361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357

Layng, T. J., & Andronis, P. T. (1984). Toward a functional analysis of delusional speech and hallucinatory behavior. *The Behavior Analyst*, *7*(2), 139-156.

Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. In *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Leitenberg, H., Agras, W. S., Barlow, D. H., & Oliveau, D. C. (1969). Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 74*(1), 113–118. doi:10.1037/h0027063

Liberman, R. P., Teigen, J., Patterson, R., & Baker, V. (1973). Reducing delusional speech in chronic paranoid schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis, 6*, 57-64.

Lindsley, O. R. (1956). Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Research Reports*, *5*, 118-139.

Lindsley, O. R. (1963). Direct measurement and functional definition of vocal hallucinatory symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, *136*(3), 293-297.

Luciano, M., & Valdivia, S. (2006). Una revisión de la alteración de las propiedades reforzantes de los eventos en humanos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *6*(3), 425-444.

Mace, F. C., & Lalli, J. S. (1991). Linking descriptive and experimental analyses in the treatment of bizarre speech. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *24*(3), 553-562.

Mace, F. C., Lalli, J. S., & Lalli, E. P. (1991). Functional analysis and treatment of aberrant behavior. *Research in Developmental Disabilities*, *12*(2), 155–180. https://doi.org/10.1016/0891-4222(91)90004-C

Mace, F. C., Webb, M. E., Sharkey, R. W., Mattson, D. M., & Rosen, H. S. (1988). Functional analysis and treatment of bizarre speech. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *19*(4), 289-296.

Madden, G. J., Dube, W. V., Hackenberg, T. D., Hanley, G. P., & Lattal, K. A. (2013). *APA handbook of behavior analysis, Vol. 2: Translating principles into practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira, A., & Galván-Domínguez, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, *24*(2), 55-65. doi:10.5093/cl2013a7

Marková, I., & Berrios, G. (2012). Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology*, *45*, 220-227. doi:10.1159/000331599

Matson, J. L., Sipes, M., Horovitz, M., Worley, J. A., Shoemaker, M. E., & Kozlowski, A. M. (2011). Behaviors and corresponding functions addressed via functional assessment. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 625-629.

Matthews, B. A., Catania, A. C., & Shimoff, E. (1985). Effects of uninstructed verbal behavior on nonverbal responding: Contingency descriptions versus performance descriptions. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *43*(2), 155-164. doi:10.1901/jeab.1985.43-155

McCullough, J. P., Jr. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration, 13*(3-4), 241-263.

McDonough, M. R., Johnson, A. K., & Waters, B. J. (2017). Reducing attention maintained bizarre speech in an adult woman. *Behavior Analysis: Research and Practice*, *17*(2), 197-203. doi:10.1037/bar0000059

Moncrieff, J. (2015a). Antipsychotic Maintenance Treatment: Time to Rethink? *PLoS Med 12*(8): e1001861. doi:10.1371/journal.pmed.1001861

Moncrieff, J. (2015b). The myths and realities of drug treatment for mental disorders. *The Behavior Therapist, 38*, 214-218.

NIMH. (2018). NIMH » Mental Illness. Recuperado 19 de diciembre de 2018, de Mental Illness website: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, *48*(1), 4-8. doi:10.1037/a0022180

Nydegger, R. V. (1972). The elimination of hallucinatory and delusional behavior by verbal conditioning and assertive training: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*(3), 225-227.

Ortiz, G. & Cruz, Y. (2011). El papel de la precisión instruccional y la retroalimentación en la ejecución y descripciones poscontacto. Revista mexicana de análisis de la conducta, 37(1), 69-87.

Patterson, R. L., & Teigen, J. R. (1973). Conditioning and post-hospital generalization of nondelusional responses in a chronic psychotic patient. *Journal of Applied Behavior Analysis, 6*(1), 65-70.

Peele, S. (2015). Why neurobiological models can't contain mental disorder and addiction. *The Behavior Therapist*, *38*(7), 218-222.

Pérez-Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid, Spain: Biblioteca Nueva.

Pérez-Álvarez, M. (2004). Psychopathology according to behaviorism: a radical restatement. *The Spanish Journal of Psychology, 7*(2), 171-177.

Pérez-Álvarez, M. (2011). *El Mito del Cerebro Creador*. Madrid: Alianza Editorial.

Pérez-Fernández, V. P. (2015). Clases de equivalencia y conducta verbal. *Conductual*, *3*(1), 26-44.

Pescosolido, B., Martin, J., Long, J., Medina, T., Phelan, J., & Link, B. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, *167*(11), 1321-1330. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09121743

Petursdottir, A. I. (2018). The current status of the experimental analysis of verbal behavior. *Behavior Analysis: Research and Practice*, *18*(2), 151-168. doi:10.1037/bar0000109

Poppen, R. L. (1989). Some Clinical Implications of Rule-Governed Behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control (*pp. 325-357). Nueva York: Plenum Press.

Qaseem, A., Barry, M. J., & Kansagara, D. (2016). Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, *164*(5), 350-359.

Rehfeldt, R. A., & Chambers, M. R. (2003). Functional analysis and treatment of verbal perseverations displayed by an adult with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*(2), 259-261.

Richard, H. C., Dignam, P. J., & Horner, R. F. (1960). Verbal manipulation in a psychotherapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, *16,* 364-467.

Ribes, E. (1990). *Problemas Conceptuales en el Análisis del Comportamiento Humano*. México: Trillas.

Ribes, E. (2018). *El estudio científico del comportamiento individuo. Una introducción a la teoría de la psicología.* México: Manual Moderno.

Risley, T. R., & Hart, B. (1968). Developing correspondence between the non-verbal and verbal behavior of preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *1*(4), 267-281.

Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, *27*(3), 300-312. doi:10.1177/0145445503027003003

Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record, 42*, 341-354.

Rosenfarb, I. S. (2013). A functional analysis of schizophrenia. *The Psychological Record, 63*, 929- 945.

Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, *179*(4070), 250-258.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*(3), 412-415. doi:10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

Ruggiero, G., Spada, M., Caselli, G., & Sassaroli, S. (2018). A historical and theoretical review of cognitive behavioral therapies: from structural self-knowledge to functional processes. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *36*(4), 378-403. doi:10.1007/s10942-018-0292-8

Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M. X., & Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: a model of how people change in therapy. *Psicothema, 27*(2), 99-107.

creative commons

Rummel-Kluge, C., Komossa, K., Schwarz, S., Hunger, H., Schmid, F., Lobos, C. A., ... & Leucht, S. (2010). Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, *123*(2-3), 225-233. doi:10.1016/j.schres.2010.07.012

Rutherford, A. (2003). Skinner boxes for psychotics: Operant conditioning at Metropolitan state hospital. *The Behavior Analyst*, *26*(2), 267-279.

Salzinger, K. (1992). Cognitive therapy: a misunderstanding of B. F. Skinner. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *23*(1), 3-8. doi:10.1016/0005-7916(92)90019-F

Salzinger, K. (2011). Therapeutic Change Viewed through Behavior Analytic Lenses. *Clínica y Salud, 22*(3), 237-244.

Sarto-Jackson, I. (2018). Time for a Change: Topical Amendments to the Medical Model of Disease. *Biological Theory*, *13*(1), 29-38. doi:10.1007/s13752-017-0289-z

Schlinger, H., & Blakely, E. (1987). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, *10*(1), 41-45.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P., Grabe, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(6), 440-452. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

Shapiro, D. A. (1995). Finding out how psychotherapies help people change. *Psychotherapy Research*, *5*(1), 1-21. doi:10.1080/10503309512331331106

Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, *52*(5), 270-277. doi:10.1037/h0062535

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Slade, P. D. (1972). The effects of systematic desensitization on auditory hallucinations. *Behaviour Research and Therapy 10*, 85–91.

Sturmey, P. (2007). Diagnosis of mental disorders in people with intellectual disabilities. In N. Bouras & G. Holt (Eds.), *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 3-23). Cambridge: Cambridge University Press.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Hoeber-Harper.

Tandon, R. (2013). Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5: Clinical implications of revisions from DSM-IV. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, *7*(1), 16-19.

Thornton, T. (2007). *Essential philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Tonneau, F. (2001). Equivalence relations: A critical analysis. *European Journal of Behavior Analysis, 2*(1), 1–128.

Tonneau, F. (2002). Who can understand relational frame theory? A reply to Barnes-Holmes and Hayes. *European Journal of Behavior Analysis, 3*(2), 95-102.

Tonneau, F. (2004). Verbal understanding and Pavlovian processes. *The Behavior Analyst Today*, *5*(2), 158-169. doi:10.1037/h0100029

Tonneau, F., & González, C. (2004). Function transfer in human operant experiments: The role of stimulus pairings. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 81*(3), 239-255.

Toukmanian, S. G., & Rennie, D. L. (Eds.). (1992). *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Travis, R., & Sturmey, P. (2010). Functional analysis and treatment of the delusional statements of a man with multiple disabilities: *A four-year follow-up. Journal of Applied Behavior Analysis*, *43*, 745-749.

United Nations Human Rights Council (2017). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (35th session). Recuperado de http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21

Vandbakk, M., Arntzen, E., Gisnaas, A., Antonsen, V., & Gundhus, T. (2012). Effect of training different classes of verbal behavior to decrease aberrant verbal behavior. *The Analysis of verbal behavior*, *28*(1), 137-144.

Whitaker, R. (2015). Anatomy of an Epidemic: The history and science of a failed paradigm of care. *The Behavior Therapist, 38*, 192-198.

WHO. (2017). Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives. *World Health Organization*, (WHO/MSD/MER/17.7). Recuperado de http://docplayer.net/102401257-Policy-brief-helping-people-with-severe-mental-disorders-live-longer-and-healthier-lives.html

Warner, J. (2010). We've got issues. Children and parents in the age of medication. Nueva York: Riverhead Books.

Wilder, D. A., Masuda, A., O'Connor, C., & Baham, M. (2001). Brief functional analysis and treatment of bizarre vocalizations in an adult with schizophrenia. *Journal of Applied Behavior Analysis, 34*(1), 65-68.

Wilder, D. A., White, H., & Yu, M. L. (2003). Functional analysis and treatment of bizarre vocalizations exhibited by an adult with schizophrenia: A replication and extension. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community Based Clinical Programs*, *18*(1), 43-52.

Wincze, J. P., Leitenberg, H., & Agras, W. S. (1972). The Effects of Token Reinforcement and Feedback on the Delusional Verbal Behavior of Chronic Paranoid Schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *5*(3), 247-262.