

TRASTORNO AFECTIVO CON ALUCINACIONES EN LA ADOLESCENCIA

Francisco J. Molina Cobos, M. Carmen Luciano Soriano,
Inmaculada Gómez Becerra y Serafín Gómez Martín

Universidad de Almería

Se analiza e interviene con una adolescente de 15 años con un diagnóstico de Depresión y posible Psicosis que, en una perspectiva funcional, supone un trastorno afectivo generado por los desajustes producidos entre su repertorio y las pérdidas y demandas producidas por un cambio de domicilio. Desde ahí se potenciaron comportamientos típicamente depresivos a la par que se iniciaron comportamientos alucinatorios mantenidos inadvertidamente por su ambiente social. Se presenta una intervención fundamentada en un análisis funcional que se focaliza en reducir los comportamientos desadaptativos e incrementar los correspondientes al seguimiento de una vida «normal» en las circunstancias personales y sociales de la adolescente. Las características de la relación terapéutica con reducida intrusividad y dependencia, y el cuidado en el manejo del comportamiento verbal y la conducta clínica, unido a la ayuda de los padres, produjo un cambio sustancial en el inicio de una vida «normal» tras cuatro meses de intervención. Dos años más tarde su ritmo de vida se mantenía sin alteraciones. Se discute la intervención en un marco radical de los problemas en la vida y las terapias fundamentadas en la investigación sobre conducta verbal.

Emotional disorder with hallucinations in adolescence. Depression and psychotic behavior was diagnosed in the public mental health system to a 15 years-old girl which could be conceptualized in a functional perspective as affective disorder due to lack of adjustments generated between the repertory of the young girl and the lost of reinforcers and new demands in the change of residence. Typical depressive behaviors increased as well as hallucinatory responses began which were socially negative and positive reinforced, however unconsciously. A functional-analytic treatment was implemented considering the iatrogenic effects produced by previous treatments. The goals were to reduce disadaptive behaviors and to increase those adaptive behaviors corresponding to appropriate personal and social circumstances. Therapeutic relationship involved low intrusivity and dependence as well as the management of verbal behavior and clinical behavior. Goals were obtained in less than four months and maintained in a two years follow-up. These data are discussed based on a radical perspective of problems in life and the research on verbal behavior.

Correspondencia: M. Carmen Luciano Soriano
Dpto. Ciencias de la Salud y Psicología Clínica
Universidad de Almería
04120 Almería (Spain)
E-mail: mluciano@ualm.es

La depresión infanto-juvenil es una temática controvertida que, en una extrapolación desde los desórdenes afectivos en adultos a niños y adolescentes, se entiende como variaciones en el estado de ánimo (Ameri-

can Psychiatric Association, 1994). No obstante, se señalan limitaciones conceptuales y metodológicas del estudio de los desórdenes afectivos en la infancia y adolescencia (Petti, 1993; Polaino Lorente, 1996; Wicks Nelson e Israel, 1997) si bien el uso del término es generalizado, ignorando los efectos yatrogénicos de un diagnóstico que requerirían investigación por sí mismos (en la línea del trabajo de Eikeseth y Lovaas (1992) en torno a los efectos estigmatizantes de la etiqueta diagnóstica «autista»). El tratamiento que se recomienda para los trastornos depresivos es generalmente farmacológico, además de los denominados como cognitivo-conductuales, sin que se conozcan estudios que muestren su efectividad o bien los elementos esenciales (Cantwell, 1982; Puig-Antich y Gittelman, 1982; Carson y Carson, 1984; Polaino-Lorente, 1988, 1996; Petti, 1993; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Presentamos el caso de una adolescente diagnosticada con Depresión y posible Psicosis por los Servicios de Salud, con quien seguimos una intervención con reducida intrusividad, prescindiendo de la utilización de etiquetas clasificatorias y realzando la funcionalidad de los objetivos en las circunstancias naturales (Luciano, 1989, 1996a, 1996b). La intervención se fundamenta en un análisis de los problemas afectivos según los cambios en la vida de la persona que producen más contingencias de castigo que de reforzamiento positivo y/o la pérdida de elementos de control que evocan respuestas que resultan en consecuencias de reforzamiento o éxito (Luciano y Gómez, 1994). Así, el balance entre la acumulación de contingencias de reforzamiento positivo o de castigo y extinción —incluyendo las extensiones y condicionamientos nuevos que se deriven de las funciones que el comportamiento verbal descriptivo pueda cumplir en cada circunstancia— revierte en sujetos que se describen a sí mismos —y pue-

den ser «vistos» por los demás— en algún punto del gradiente tristeza-alegría, en tanto que el cúmulo a través del tiempo de más episodios de reforzamiento positivo que de castigo conllevaría más sentimientos de alegría que de tristeza, y viceversa. Desde este punto de vista, un desequilibrio entre contingencias de diferente signo —por el desajuste del repertorio a los cambios en la vida— hace que el funcionamiento de la persona se vea afectado, aunque para que se genere un problema psicológico se hace preciso algo más que cambios en la vida de una persona; de otro modo el problema no pasaría de ser un «mal momento». Pero cuando se dan contingencias que fomentan, inadvertidamente, comportamientos desadaptativos, el sujeto puede llegar a ser catalogado según los cánones oficio-sociales de las enfermedades. Esa catalogación, unida a atribuciones profesionales que ubican la etiología de los problemas en algún aspecto intrínseco al sujeto, puede resultar yatrogénica al fortalecer creencias que incrementan o extienden el problema en curso y que, en muchos casos, pueden llegar a dificultar su solución.

Desde esta lógica relatamos una intervención llevada a cabo desde el análisis de las funciones que pueden haber tenido los cambios en la vida de una persona, y del mantenimiento de su función psicológica en las condiciones actuales; esto es, tomando como referente la perspectiva global de la vida, las cadenas o trayectorias de comportamientos que culminan en resultados desadaptativos, si bien los comportamientos de quejas, tristeza e inactividad deben estar siendo reforzados en la actualidad y, desde ese punto de vista, siendo útiles aunque desadaptativos. El objetivo no es *quitar la enfermedad mental*, inexistente, sino enseñar a la persona a organizar su vida de modo que la emisión sistemática de comportamientos conduzca con más probabilidad a sentirse bien que a sentirse

mal; es decir, resulte en contingencias de reforzamiento positivo en el contexto de los comportamientos típicos para sus circunstancias socio-personales (Luciano, 1989, 1996b).

Historia y principales características del problema

Alicia y sus padres acudieron a la Unidad de Investigación Clínica universitaria siguiendo la sugerencia de una estudiante de Psicología. A través de entrevistas (conjuntas y por separado) con Alicia y sus padres se obtuvo información sobre el problema, sobre lo que entendían como el origen del mismo y sus características. Las principales quejas de Alicia, de 15 años de edad, y sus padres estaban referidas a que se encontraba «muy nerviosa» desde hacía cuatro meses, «no era la misma» y tomaba muchos fármacos. En palabras de Alicia «tengo miedo a la gente, ... quiero morirme, quitarme la vida, ... oigo voces que no se van, ... estoy mal porque no se me quita lo que tengo en la cabeza, ...»

Situaron el inicio del problema en relación al traslado de la residencia familiar, cinco años atrás, desde una gran ciudad a un pueblo en otra provincia. Alicia pasó varias semanas llorando, y aunque desde el principio tuvo amigas en el pueblo, echaba de menos poder ir al cine u otras actividades que realizaba en la ciudad. Se sentía rechazada y temerosa de la gente y salía cada vez menos con su grupo de amigas, sin conseguir adaptarse a la vida en el pueblo. La situación se agravó cuatro meses antes de acudir a consulta cuando, estando en clase, Alicia «se dio cuenta» de que estaba dibujando su propio entierro y se tiró al suelo llorando y gritando que todo el mundo la odiaba. A raíz de esto la psicóloga del instituto recomendó ayuda profesional, siendo finalmente derivados al servicio hospitalario de salud mental, donde Alicia comenzó

a ser atendida de manera regular por un psiquiatra y un psicólogo. Hubo otros dos episodios similares en el instituto y, tras el tercero, dejó de ir a clase por recomendación del psiquiatra.

Alicia fue diagnosticada de Depresión y posible Psicosis, prescribiéndole lo que sus padres consideraban una gran cantidad de psicofármacos, sin que hubieran observado mejoría alguna. Se mostraban preocupados por los efectos secundarios de la ingesta de fármacos (temblor de manos, somnolencia excesiva, apatía, náuseas y visión nublada) y por la posibilidad de que, como les había sugerido el psiquiatra, fuera internada para su tratamiento si no mejoraba. No obstante, a excepción de los fármacos, informaron no haber recibido ninguna pauta de intervención en relación con el problema de su hija, quien seguía sin acudir al instituto, comía poco, y pasaba mucho tiempo acostada o tumbada en el sofá viendo la televisión o durmiendo, dado que no le «apetecía» salir a la calle (y cuando lo hacía era en compañía de sus padres, de su hermano o con amigas). De la actuación del psicólogo resaltaron que pedía a Alicia que realizara dibujos en los que reflejara su estado de ánimo y que, en una ocasión, le había solicitado que anotara las veces que lloraba.

Un aspecto especialmente preocupante para su madre era que, desde hacía tres meses, Alicia oía, procediendo del techo de su habitación, las voces de Dios y de su abuelo, a quien además en alguna ocasión había visto sentado en su cama (su abuelo había fallecido sin que ella llegara a conocerlo). La joven informó que las voces le decían que «no debía salir a la calle ni seguir viviendo, sino reunirse con ellos en el cielo, donde la esperaban».

El objetivo de los padres de Alicia era que su hija saliera más de casa, dejara de oír voces, abandonara la medicación y no fuera ingresada en un hospital, el objetivo de Alicia era estar bien.

Análisis

Un juicio funcional del problema deberá estar fundamentado en la descripción y análisis de las condiciones en las que ocurre el/los comportamiento/s problemático/s, lo que significa contemplarlo en el contexto de los comportamientos adaptativos en las circunstancias familiares y la historia psicológica (Luciano, 1995, 1996b), huyendo de interpretaciones tautológicas o etiquetajes diagnósticos, aparentemente inocuos, que difícilmente ayudan a la resolución del problema por su nulidad explicativa.

Alicia se trasladó desde la ciudad, donde tenía una vida organizada, con amigos, hasta un pueblo en el que no conocía a nadie y al que debía adaptarse. El nuevo contexto, lejos de adquirir funciones discriminativas de conductas adaptativas exitosas para ella, pareció generar un estado motivacional o marco anímico (técnicamente un «establecimiento de operaciones») negativo, según su particular historia en situaciones similares o equivalentes. Así, las quejas, los llantos, los lamentos y la inactividad fueron más frecuentes, y cada vez más situaciones de su «nuevo ambiente» adquirieron funciones evocadoras de estas conductas. Es decir, las primeras quejas y lamentos generados ante un cambio de situación, que pareció aversivo para Alicia, pudieron servir para justificar no realizar otras actividades apropiadas a su edad, lo que una tía suya identificó con la depresión padecida por ella tiempo atrás y convirtió en tema de conversación preferente con su sobrina y sus padres. Si bien tal comportamiento era valorado por sus padres como inadecuado, las quejas, los lamentos y la desgana de Alicia parecían ser comportamientos más atendidos por su medio social, que le permitían el acceso a una serie de «prebendas» además del escape en otras circunstancias.

Aunque la información disponible casi imposibilita el establecimiento de una hipótesis en relación al primero de los episodios o cri-

sis en el instituto (podría ser resultado de un cúmulo de situaciones aversivas que produjeron y encadenaron respuestas con baja probabilidad de éxito en tal contexto —un encadenamiento de contingencias de castigo o extinción—), las contingencias habidas, fueren las que fueren, proveyeron funciones para el segundo episodio, y así sucesivamente. Los profesionales clasificaron tales formas de comportamiento como la manifestación de un trastorno afectivo, formalizando así la existencia de un problema y clasificando al mismo y a quien «lo portaba». La actuación profesional produjo, con bastante probabilidad, un efecto yatrogénico al (1) formular el problema con atribuciones al individuo; (2) prescribir un tratamiento centrado en aspectos biológicos; (3) potenciar la problemática ampliando las verbalizaciones negativas sobre *uno mismo* y su percepción del presente y futuro; (4) fortalecer las relativas a *otras voces* como si fueran un hecho en vez de una creencia; (5) inhabilitar a Alicia en sus actuaciones diarias al prescribir la permanencia en casa.

Un análisis funcional considera el repertorio problemático de la joven como el equipo de respuestas seleccionado y potenciado por su ambiente social en detrimento de otras formas de comportamiento más ajustadas socialmente. Respuestas que podrían haber formado parte de su historia a un nivel reducido incrementaron su probabilidad de ocurrencia y, con ello, reforzamiento social en la nueva situación. Desde ahí, la labor terapéutica debería pasar por cambiar las funciones de los comportamientos desadaptativos y fortalecer otros más acordes a la norma a través de cambios en las condiciones motivacionales. La implicación de Alicia y de sus padres se vieron fundamentales y «posibles» en este caso.

Intervención

Se realizaron nueve sesiones con Alicia y sus padres a lo largo de dieciocho semanas,

en las que fueron atendidos por dos terapeutas (uno —siempre el mismo—, que interactuaba directamente con ellos, y otro que transcribía lo más relevante de tales interacciones). La estructura habitual de una sesión suponía comenzar con los padres de Alicia sin que ésta estuviera presente, haciendo lo contrario a continuación, con lo que la información facilitada por los padres permitía guiar la conversación con Alicia en relación a determinados temas, y según los intereses terapéuticos de cada momento. Finalmente, con todos presentes, se resumía lo más relevante, se resolvían las contradicciones detectadas y se ponían en común las pautas de actuación. Los objetivos de cada sesión eran ajustados a la evolución observada.

La intervención se caracterizó por lo siguiente:

1. Se inició un tratamiento *centrado en los padres* de Alicia, quienes podían proveer múltiples posibilidades que actuaran como elementos de control para que su hija respondiera de forma conveniente. Se planteó cambiar la función de algunas de sus creencias (y de su hija) y generar otras en torno al problema y su resolución. Para ello, a partir de la información disponible, se establecieron condiciones terapéuticas que les ayudaran a *describir el problema en otros términos*, poniendo en contacto el comportamiento de la joven con las circunstancias que la habían rodeado y la rodeaban.

2. Se procuró que Alicia describiera por qué debía tomar tantos medicamentos, así como los desagradables efectos secundarios derivados de su ingesta. La razón para tomarlos era que, al encontrarse mal, el psiquiatra se los prescribía, de forma que su retirada dependería de que se encontrase bien. Encontrarse bien era salir a la calle, incorporarse a sus clases y, desde ahí, sentirse cada vez mejor e informar de ello. El objetivo fue *semi-moldear el comportamiento descriptivo* referido a las condiciones que harí-

an esto posible; es decir, la relación entre lo que decía de su problema (informar sobre lo que hacía fuera de casa y sus sentimientos positivos en relación a ello) y la valoración de mejora que podría hacer el psiquiatra, con la probable reducción de la medicación. Debía llegar a la *creencia de que estaba en su mano dejar de tomar la medicación*.

3. Las quejas fueron ignoradas en todos los casos, dedicando *gran parte de cada sesión a hablar de temas ajenos a la problemática planteada* a fin de generar otro estado motivacional en el que pudieran surgir respuestas positivas sobre actividades realizadas. Se le preguntaba sobre actividades que le gustaba (o gustaría) realizar y se conversaba sobre los aspectos positivos de unas y otras, según ella los valoraba y *aprovechando cualquier detalle de su conversación* para desviar la atención en esa dirección. Además, de esta manera se proveía una historia con funciones diferentes en el contexto clínico. También se insistió a los padres de Alicia en que *ignoraran sus quejas y comentarios negativos*, fomentando (preguntando e iniciando conversaciones) otros temas de conversación de la manera que habían visto hacer al terapeuta. En relación a *las voces que «oía»* Alicia, debían ser especialmente cuidadosos y no preguntarle al respecto. Tanto Alicia como sus padres fueron advertidos de la importancia de hablar del problema «depresivo» únicamente con el terapeuta. A las preguntas de los demás (incluidos familiares) responderían escueta y positivamente (por ejemplo, «últimamente parece que estoy mejor»). Se les enseñó a hacerlo generando en sesión situaciones en las que otras personas —incluido el psiquiatra— pudieran preguntar sobre el estado de ánimo de Alicia, sus llantos, sus sentimientos, «su enfermedad», etc..

4. El terapeuta actuó *diferencialmente ante situaciones motivacionales diferentes*. Así, por ejemplo, cuando Alicia informaba de haber salido con amigos se procuraba que

hablara de sus amigos, de cómo lo pasó, y de que era capaz de salir, aprovechando esa situación motivacional para planificar objetivos en relación con sus salidas de casa. Si describía que lloraba y que se encontraba triste sus verbalizaciones eran ignoradas y, más adelante, en *un momento motivacional proclive* para verbalizaciones positivas, se le solicitaba que describiera las circunstancias en que había llorado o se había sentido triste, enfatizando, cuando así lo hacía, que ésa era una manera adecuada de informar de sus sentimientos, como hechos normales de la vida dadas unas circunstancias.

5. El terapeuta ayudaba a Alicia a *establecer relaciones adecuadas* entre las circunstancias presentes en diferentes momentos y las variaciones en su estado de ánimo, señalando cómo las descripciones se ven alteradas según los estados motivacionales, y cómo hablar de lo negativo lleva a recordar más aspectos negativos de la vida, y viceversa; por lo que al informar de sus sentimientos debía ponerlos en relación con alguna circunstancia. Así, por ejemplo, cuando se discutió sobre qué decir a una amiga (quien conocía su problema) cuando le escribiera, se señaló la importancia del momento en que se escribe.

6. Desde la primera sesión se sugirió a Alicia que saliera al menos una vez durante la siguiente semana, como un objetivo prioritario, pero ésta argumentó que se ponía nerviosa cuando veía a alguien y sentía palpitaciones y ganas de llorar sólo de pensarlo. Aceptó intentarlo cuando le propusimos enseñarle una habilidad (*respiración abdominal*) para que fuera ella quien controlase salir, y no que *pensarlo* controlase su vida.

7. Se otorgó *un papel activo a Alicia y sus padres*. Lejos de limitarse a instruirles sobre qué hacer, el terapeuta «provocaba» que se implicaran en la delimitación y/o elección de actuaciones específicas (y desde ahí de otras de similar función). De esta manera *Alicia participó en la formulación de*

una serie de actividades a realizar fuera de casa (salir a la calle sola, salir con su hermano, salir con su madre, salir con amigos a diferentes lugares, viajar sola hasta la ciudad, ir a las fiestas de otros pueblos, ...) y seleccionó, con la ayuda de su madre, una salida de bajo coste (acompañar a su madre a visitar a su abuela) entre la primera y la segunda sesión. Se potenciaron las *iniciativas de Alicia* referidas a actividades que suponían «seguir la vida», como fueron decidir escribir una carta a una amiga después de dos meses sin hacerlo, volver al instituto, examinarse de dos asignaturas a final de curso, contactar con los profesores responsables de estas asignaturas y con dos compañeras para preparar los exámenes, elaborar un horario de estudio, ... También fueron atendidas las muestras de entusiasmo, la disposición a colaborar con las propuestas del terapeuta, y las verbalizaciones positivas de Alicia en relación con sus sentimientos de mejora.

8. *Se analizó y moldeó* cómo interaccionar con sus profesores (cómo hacer su demanda, cómo resolver posibles impedimentos, etcétera) y compañeras en demanda de ayuda.

9. En cada sesión se revisaban compromisos anteriores, procurando que Alicia describiera y relacionara los compromisos adquiridos y las variaciones habidas en su comportamiento en relación con tales compromisos. Cuando esto sucedía, se resaltaba que *había hecho lo que había dicho*, así como la importancia de esa habilidad para controlar su vida. En este contexto se consiguió que Alicia llegara a formular nuevos compromisos. Por ejemplo, cuando no entrara en alguna de las clases iría a la biblioteca del instituto en lugar de visitar la cafetería (como venía sucediendo).

Se distanciaron las visitas paulatinamente, y el final de la intervención ocurrió naturalmente unido al sentimiento de mejora que Alicia y sus padres informaban. El de éstos era un sentimiento global relativo a

que «Alicia había vuelto a ser una chica como las de su edad, que se había incorporado a las actividades que había abandonado, y se enfrentaba a los problemas propios de la vida». Se realizaron contactos de seguimiento en diferentes ocasiones.

Resultados

En la tabla 1 se refleja la evolución de los objetivos de mayor relevancia en la intervención llevada a cabo con Alicia. Se señalan los cambios a través de sesiones. Tales variaciones fueron comportamientos que ocurrían directamente en la sesión, y otros que también ocurrían en sesión como informe de Alicia y/o sus padres, incluyendo los informes de los registros que Alicia completó sobre sus salidas.

En la tabla se recogen los objetivos planteados y cuándo se formularon como tales, observándose que la mayoría de los compromisos que Alicia tomaba en sesión se alcanzaban sin mucha demora.

Debe señalarse que los informes de *oír* voces y de sus deseos de morir sólo aparecieron en la primera sesión. Igual sucedió con las quejas de *sentirse mal* y con ganas de llorar, excepción hecha de la quinta sesión, en la que Alicia, con ayuda del terapeuta, informó haber llorado después de haber mantenido una pequeña disputa con su hermano «y era normal que llorara». La conversación sobre temas *adecuados* y las salidas de casa se fueron incrementando de manera paulatina desde las primeras sesiones.

En general cabe destacar que, nueve semanas después de iniciada la intervención, el psiquiatra redujo la medicación prescrita a Alicia (que ya no tomaba, aunque no le informaron de tal extremo) con un diagnóstico de clara mejoría; aunque sus padres señalaron ya desde sesiones previas que «Alicia comenzaba a ser de nuevo una chica alegre». Un mes más tarde, durante la última sesión con Alicia y sus padres, se mantenían los logros alcanzados: Alicia salía con normalidad ya fuera sola o en compañía de

Tabla 1										
Evolución de los comportamientos objetivo a través de sesiones, señalando su establecimiento y planificación (*), su ocurrencia (+), su no ocurrencia (-) y la falta de información al respecto (?)										
COMPORTAMIENTO OBJETIVO A INCREMENTAR (+)	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	seguimiento 2 años
Temas positivos en la conversación	*-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Salidas de casa	*-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Escribir a amiga	-	-	-	-	*-	+	+	+	+	+
Volver al instituto	-	-	-	-	-	*-	-	+	+	+
Hablar con los profesores						*	-	+		
Solicitar ayuda a amigas para el estudio						*	+			
Seguimiento del horario de estudio						*	+	+	+	
Sentirse bien	*-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
COMPORTAMIENTO OBJETIVO A DISMINUIR (-)										
Informar de oír voces	*+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Informar de deseos de morir	*+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Informar de sentirse mal en sesión	*+	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Informar de sentirse mal fuera de sesión	*+	+	-	-	+	-	-	-	-	-
Respiración abdominal	*	+	+	-	-	-	-	-	-	-
Ingesta de fármacos (píldoras/día)	7	*	?	4	?	2	0	0	0	0

sus amigos, padres o hermano; habían desaparecido los llantos, las quejas y sus deseos de morir; mantenía correspondencia regular con su amiga; asistía al instituto; continuaba sin tomar medicación y los efectos secundarios ya habían desaparecido. Se había examinado de una de las asignaturas y había suspendido, aunque lo valoró entendiéndolo que no había preparado el examen convenientemente por falta de tiempo desde que tomó la decisión de incorporarse a las clases. La valoración final de sus padres fue que Alicia «estaba muy contenta y normal».

En los dos años siguientes Alicia no había vuelto a presentar ningún problema, desarrollando una vida similar a la de las chicas de su edad y entorno social.

Discusión y Conclusiones

Hemos presentado el estudio de un caso formalmente diagnosticado de Depresión con probable Psicosis en los Servicios de Salud. La intervención supuso contemplar las funciones que estaban disponibles en torno a la *enfermedad* de la joven; funciones dadas en una historia terapéutica, con más efectos yatrogénicos que terapéuticos. La alarma en la familia y educadores ante comportamientos desproporcionados al contexto escolar condujo al recorrido *oficial* seguido por muchos sujetos con problemas dichos como *mentales*.

El análisis de la historia informada en torno al origen y desarrollo de los comportamientos desadaptativos recurre al análisis de las *contingencias en la vida*, donde el desequilibrio entre los comportamientos adaptativos y desadaptativos genera estados de ánimo negativos que son, a su vez, condiciones motivacionales en las que operan más —o llaman a— determinados comportamientos asociados. Así, si tales estados de ánimo conducen, según la historia de cada persona, a respuestas de llanto, quejas, negativas a implicarse en actividades, a dejar

de hacer, etcétera, que son reforzadas de alguna manera (con atención de otros —estando necesitado de ella—, permitiendo no cumplir con las actividades, o con la petición de ayuda —y resultando ésta yatrogénica, por ejemplo—), se estará disponiendo un repertorio que inhabilite a la persona en cuestión, ya que no sólo se fomentan esas conductas desadaptativas en las circunstancias específicas de reforzamiento sino que se extienden a otras por generalización y relaciones de equivalencia funcional.

El tratamiento efectuado resultó efectivo y mínimamente intrusivo por ser natural al contexto en el que vivía la joven. Sin duda, el apoyo deliberado de los padres y una historia apropiada con su hija permitió que el caso discurriera de una forma rápida, ya que aprendieron a disponer, fuera del contexto clínico, ciertas condiciones en las que las respuestas adecuadas de Alicia eran mucho más probables, incrementándose también así la posibilidad de reforzamiento. Esto, a su vez, generó un estado de ánimo —una condición motivacional— en la que la probabilidad de emitir respuestas relacionadas con ese estado de ánimo era más alta. Así, la espontaneidad de respuestas a las circunstancias clínicas o los intentos por organizar su propia vida, frente a la instrucción del terapeuta respecto a lo que ha de hacerse para estar bien, resultó esencial.

Todas las características clínicas en este caso habían desaparecido tras cuatro meses de tratamiento y siguen manteniéndose tras dos años. La efectividad de la intervención debe ser entendida según la función que pudieron desempeñar los elementos introducidos en diferentes momentos. Y esa función no puede ser independizada de la historia que la produce. Entendemos que el mismo caso en otras circunstancias (por ejemplo, sin el apoyo deliberado de los padres) hubiera requerido una intervención diferente, en la dirección de las terapias fundamentadas en la función del lenguaje: por ejemplo la Psi-

coterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Jacobson, Follette, y Dougher, 1994; Kholenberg y Tsai, 1991; Pérez Álvarez, 1996). No obstante, queremos destacar algunos aspectos que se refieren a quehaceres de estas terapias, en las que se contempla el comportamiento verbal del terapeuta y del cliente en sesión clínica como los elementos esenciales a través de los cuales se fomentan, se debilitan, o se rompen creencias relacionadas con los comportamientos que concurren fuera de la sesión (Luciano, en prensa).

Resaltamos la importancia de las contingencias habidas en el contexto clínico que podrían traer a él las funciones que cumplen los comportamientos del cliente en su ambiente habitual. Por ejemplo, ante preguntas incómodas o descripciones con función incómoda, la adolescente cambiaba de tema con una queja sobre *lo mal* que estaba. El terapeuta no respondía a tal evento, manteniéndose en el tema tratado (no permitía el escape), y retomaba la descripción de malestar y tristeza en un momento diferente o bajo condiciones motivacionales diferentes. Así se comenzaba a proporcionar a las quejas una función diferente a la que tenían en otros contextos. Por otro lado, hemos de resaltar el interés por reducir los comportamientos verbales instruidos; es decir, por reducir el establecimiento de compromisos sin conocer las funciones que las verbalizaciones de los clientes pueden tener en cuanto a ser elementos de control relevantes o reglas a seguir. De este modo, los compromisos formulados no fueron sometidos a relaciones de contingencia por su cumplimiento, sino que sólo Alicia sabía cuándo debía llevarlos a cabo y la importancia que tenían, *como algo suyo que sólo ella sentía*. También hemos de resaltar el tratamiento directo de los comportamientos inapropiados que se producían en sesión, específicamente los relativos a «oír voces de su abuelo...», que fueron obviados, procurando que

no hubiera una alteración contingente a tales descripciones en el medio social formado por el terapeuta y los padres.

La rapidez en producirse los efectos de la intervención probablemente se deba a la *acumulación de contingencias en la misma dirección*. Esto se vio facilitado por la implicación de los padres en una intervención en la que ellos debían emitir comportamientos de control ante las quejas y las descripciones de «voces», así como proveer ayudas para facilitar que su hija se ajustara a la propia conducta verbal. En este sentido, hay que resaltar que la conducta verbal de Alicia en el contexto público de sus padres y del terapeuta mostró tener un papel relevante, en tanto que los compromisos llegaban a cumplirse cada vez con menos ayuda por parte de los padres en las circunstancias diarias. Adicionalmente, la baja credibilidad, para los padres y ella misma, del tratamiento dado por otros profesionales, derivada de los nulos logros alcanzados, hacía mucho más probable que siguieran una intervención que de alguna manera coincidiera o corroborara creencias alternativas a las dadas por los profesionales que intervinieron inicialmente. Su creencia respecto a que su hija podía mejorar con el tratamiento que se le diera en nuestra *unidad* fue, probablemente, otro elemento relevante, como un marco «especial», condicional, en el que las sugerencias e instrucciones dadas llegaban a tener un valor o función para su adherencia a las mismas (Luciano, en prensa). En resumen, se dispusieron condiciones naturales para que Alicia *tomara las riendas de su vida*, entendiendo que disponía de repertorio y de una historia personal que sólo requería eliminar ciertas barreras para que pudiera exponerse a las contingencias que provee la experiencia.

En este caso, como en los demás, han de contemplarse las funciones y pautas de convivencia y funcionamiento de todos los que interactúan con el cliente. No hacerlo así supone violar leyes básicas que se conoce pro-

ducen cambios en los comportamientos, y con ello dificultar o prolongar los tratamientos, cuando no invalidarlos. Esta experiencia es, pues, un ejemplo de intervención escasamente intrusiva y considerablemente eficaz al contemplar todos los elementos implicados directa o indirectamente con el

mantenimiento y extensión de los problemas afectivos. Asimismo, es una intervención focalizada en reducir al máximo las contingencias patologizantes del desajuste entre el repertorio de la joven y las demandas y oportunidades en su medio social más cercano.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Cantwell, D. P. (1982). Childhood depression. A review of current research. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 39-93). New York: Plenum Press.
- Carson, T. P. y Carson, R. C. (1984). The affective disorders. En H. E. Adams y P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 349-381). New York: Plenum Press.
- Eikeseth, S. y Lovaas, O. I. (1992). The autistic label and its potentially detrimental effect on the child's treatment. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 23 (3), 151-157.
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V M., y Dougher, M. J. (Eds.) (1994). *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press
- Luciano, M. C. (1989). *Una aproximación conductual y metodológica a las alteraciones conductuales en la infancia*. Granada: Servicio de Publicaciones Universidad de Granada.
- Luciano (1995). *Análisis y modificación de conducta. Infancia y adolescencia*. Memoria de cátedra no publicada. Almería: Universidad de Almería.
- Luciano, M. C. (1996a). Evaluación de las alteraciones en la infancia. En M. C. Luciano (Ed.), *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia* (pp. 155-203). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C. (1996b). Intervención psicológica en una perspectiva conductual analítico-funcional. En M. C. Luciano (Ed.), *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia* (pp. 241-292). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C. (en prensa). Applications of research on rule-governed behavior. En J. C. Leslie y D. Blackman (Eds.), *Issues in experimental and applied analyses of human behavior*.
- Luciano, M.C. y Gómez, I. (1994). *Problemas afectivos: un análisis conceptual dirigido a la prevención y el tratamiento*. Manuscrito no publicado, Universidad de Granada.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Petti, T. A. (1993). Depresión. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Psicopatología infantil* (pp. 267-287). Barcelona: Martínez Roca.
- Polaino-Lorente, A. (1988). Tratamientos de la depresión en la infancia. En A. Polaino-Lorente (Ed.), *Las depresiones en la infancia* (pp. 191-216). Madrid: Morata.
- Polaino-Lorente, A. (1996). Trastornos afectivos en la infancia. En M. C. Luciano (Ed.) *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia* (pp. 639-664). Valencia: Promolibro.
- Puig-Antich, J. y Gittelman, R. (1982). La depresión en la infancia y la adolescencia. En E. S. Paykel (Coord.), *Psicopatología de los trastornos afectivos* (pp. 568-586). Madrid: Pirámide.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

Acptado el 15 de diciembre de 1998